



**INSTITUT SUPERIEUR DU MANAGEMENT PAR LA QUALITE**

**ISMQ**

Domaine de Raba  
680, cours de la Libération  
33405 TALENCE CEDEX  
Tél. (33) 05 56 84 22 05  
Fax (33) 05 56 84 55 80  
E-mail : ismq@bem.edu

**THESE PROFESSIONNELLE**

pour l'obtention du

**MASTERE SPECIALISE EN MANAGEMENT PAR LA QUALITE**

**Le Management par la Valeur :  
Un outil de gouvernance pour le Système de  
Santé Bucco-Dentaire Français**

Date de la soutenance : 10 juillet 2008  
Promotion 26 option : Santé et Prévention des Risques  
Responsable de thèse : Jean-Luc THUILLIER

Docteur Claude Jacques CYWIE, Chirurgien-Dentiste  
claude.cywie@wanadoo.fr

**RÉUSSIR NE REND PAS HEUREUX,  
ÊTRE HEUREUX PERMET DE SE RÉALISER**

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont au-delà des lignes suivantes. J'ai rencontré des femmes et des hommes exceptionnels de grande écoute, empreints d'humanité.

Catherine QUENISSET me proposa d'intégrer l'ISMQ.

Jean-Luc THUILLIER pédagogiquement mit de l'ordre dans le fouillis de mes idées.

Jean- Pierre GRANDHAYE valorisa et accompagna ma démarche. Ce travail lui est dédié.

L'équipe de Direction de l'ISMQ m'accompagna pendant 2 ans.

Les intervenants de l'ISMQ me firent partager leurs passions du Management par la Qualité.

Les membres du groupe de travail strasbourgeois : Valérie PINOTIE, Laurent HEIM, Marc DEBIÉ, Catherine CHEVALIER, Landelin EHRET, Claude MEYER, Christophe MENAITREAU, Dominique FALCIONI ont tout donné lors de nos réunions.

Le Service Médical de l'Assurance Maladie Alsace-Moselle par son Directeur Régional par intérim le Docteur Jean-Pierre MINEUR, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat, les Assurances du Crédit Mutuel par son Responsable Jean-Luc LAZARUS, les Assurances Générales de France ont permis à leurs experts cités plus hauts à participer à nos débats

Yves BUR chirurgien-dentiste Député du Bas-Rhin Membre de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, Patrick HESCOT chirurgien-dentiste Président de l'Association Dentaire Française, Serge DESCHAUX chirurgien-dentiste expert AFNOR Conseiller Technique de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

Chantal me vit au quotidien, m'assure de sa confiance, m'encourage, je lui adresse l'expression de mon amour

Lorsque Claude est venu me présenter son projet d'étude, j'ai rapidement compris que nous allions réaliser un bout de chemin ensemble.

En effet son enthousiasme et sa détermination pour aborder le système bucco-dentaire étaient déjà les premiers garants d'un travail de qualité et d'envergure permettant une relecture globale d'un système complexe à la recherche de voies nouvelles. Il a su également convaincre les membres d'un groupe de travail sans qui la démarche d'analyse de la valeur n'est que véhicule sans moteur.

Que ce soit avec Claude ou avec les membres du groupe de travail, cette étude a été menée avec une efficacité particulière, en effet avec un temps de travail de groupe relativement court mais avec un enrichissement inter-réunion important, Claude est parvenu à élaborer des propositions pertinentes qu'il ne manquera pas de transformer en plan d'action.

Bonne suite dans ce travail et encore toutes mes félicitations

Jean-Pierre GRANDHAYE  
Administrateur de l'AFAV

Une des spécificités de notre système de santé français est d'être profondément ancré sur le principe de la solidarité.

A l'heure des choix, on redécouvre sans doute la noblesse de tels fondements mais aussi toute la part de responsabilité qu'ils peuvent porter.

Cette responsabilité est partagée entre les différents acteurs de ce système : praticiens, patients et financeurs.

Ce n'est que par une véritable lisibilité des engagements de chacun, que pourra perdurer ce système auquel les français sont si profondément attachés.

Le travail de Claude, de par son état des lieux scrupuleux et son approche méthodologique innovante pour le monde de la santé bucco-dentaire, ouvre des voies prospectives pour une nouvelle gouvernance.

Claude est un militant de la «Qualité » et c'est par de tels engagements que la Médecine Dentaire pourra clairement se positionner dans une offre de soins au service de la Santé Publique.

Qu'il en soit ici remercié.

Avec toute mon amitié.

Serge DESCHAUX

Conseiller technique de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

## AVANT-PROPOS

J'exerce le métier de chirurgien-dentiste depuis 1984. Vingt-quatre années se sont écoulées depuis que, frais émoulu de la Faculté, bardé de mon Diplôme de Docteur, j'accrochai ma plaque professionnelle et créai mon cabinet dentaire, heureux d'entreprendre, confiant en l'avenir.

Me formant régulièrement aux « données acquises de la science », aux techniques de soins les plus actuelles, j'offre un réel accompagnement médical en « santé bucco-dentaire » aux personnes fréquentant mon cabinet dentaire.

Or cet accompagnement en « santé bucco-dentaire » n'est à ce jour pas reconnu. Nombre d'actes ne sont pas inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, nombre d'actes inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels sont désuets ou réalisés financièrement à perte par les Chirurgiens-Dentistes. La réalisation de ces actes médicaux est mal prise en charge, ou pas du tout prise en charge financièrement par l'Assurance Maladie Obligatoire alors que les patients sont demandeurs de santé bucco-dentaire.

Cette situation provoque depuis toujours des tensions entre les 4 acteurs du Système de Santé Bucco-Dentaire Français : les cabinets de chirurgie-dentaire, leurs patients, les Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire et les Caisses Complémentaires. Diverses conventions tentent d'aplanir les différents, les résultats sont rarement gagnants-gagnants entre les différentes parties, la logique financière est présente.

J'ai toujours eu à cœur de « servir » mes patients en santé bucco-dentaire. Lorsque je découvris le Management par la Qualité, les Normes ISO 9001 et 9004:2000, à l'Institut Supérieur du Management par la Qualité de BEM<sup>1</sup> (Bordeaux Business School), je perçus un management totalement orienté vers la « satisfaction clients » et totalement profitable à l'entreprise de santé que je dirige.

Je portais intrinsèquement cet état d'esprit depuis tant d'années !

Arriva le moment du choix d'une problématique de thèse professionnelle.

Les observations issues de mes engagements au sein d'organisations professionnelles me convainquirent qu'il était possible d'amener le Management par la Qualité au sein du Système de Santé Bucco-Dentaire Français.

Immédiatement vint à mon esprit l'envie de contribuer à sa gouvernance tant décriée. C'est l'ambition de cet ouvrage.

Je vous ai livré le cœur de ma réflexion, les pages qui suivent vous en livreront le déroulé.

Puissent ainsi les conclusions de ce travail être suivies d'effets ...

Encore fallait-il donner du sens !

---

<sup>1</sup> <http://www.bem.edu>

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	III
AVANT-PROPOS.....	VI
SOMMAIRE.....	VII
INTRODUCTION.....	9
<b>1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : LE SYSTÈME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE FRANÇAIS ACTUEL .....</b>	<b>12</b>
<b>1. L'Assurance Maladie Obligatoire française .....</b>	<b>12</b>
1.1. Système d'Assurance Maladie Bismarckien.....	12
1.2. Les missions de l'Assurance Maladie Obligatoire.....	12
1.2.1. Un rôle d'assureur social .....	12
1.2.2.Des missions en constante évolution .....	13
1.2.2.1.Garantir l'accès aux soins .....	13
1.2.2.2. Prévenir la maladie.....	13
1.2.2.3.Orchestrer la régulation médicalisée .....	13
1.3. L'Assurance Maladie Obligatoire professionnalise ses services.....	14
1.4. L'Assurance Maladie Obligatoire au service de la société depuis 60 ans .....	14
1.5. Un réseau d'organismes aux missions spécifiques .....	15
1.6. La « gouvernance » de l'Assurance Maladie Obligatoire.....	16
1.7. La Haute Autorité de Santé (HAS).....	17
1.8. La réforme du Système de Santé Français.....	18
<b>2.La spécificité des soins dentaires dans le système d'Assurance Maladie français .....</b>	<b>19</b>
<b>3.Les cabinets dentaires .....</b>	<b>22</b>
3.1. Des entreprises particulières liées par une convention .....	22
3.2. Des entreprises soumises à des contraintes grandissantes .....	22
3.3. Des entreprises à position sociétale particulière .....	23
3.3. La qualité dans les cabinets dentaires .....	25
3.4. Le référentiel « Qualité de service en dentisterie », de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire .....	26
3.5. Le Référentiel de Démarche Qualité des Cabinets Libéraux du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes d'Ille et Vilaine.....	27
<b>4.Les Assurances Maladie Complémentaires.....</b>	<b>27</b>
4.1. Rôle des Assurances Maladie Complémentaires .....	27
4.2. La demande convergente des Assureurs Complémentaires quant à l'accès aux données des feuilles de soins.....	29
4.2.1. La situation actuelle des assureurs complémentaires quant à l'accès aux données.....	29
4.2.2. Les motifs de la demande .....	30
<b>5. Les usagers du Système de Santé Bucco-Dentaire Français.....</b>	<b>30</b>
5.1. Les Français et leur chirurgien-dentiste.....	30
5.2. Complémentaire Santé : 13% des Français sont satisfaits des remboursements dentaires .....	31
5.3. Le renoncement aux soins bucco-dentaires .....	31
5.4. Asymétrie de l'information du patient.....	32
5.5. Quels besoins de soins bucco-dentaires ? .....	33
<b>6. Les interactions entre les différents acteurs du Système de Santé Bucco-Dentaire Français.....</b>	<b>33</b>
6.1. Les interactions entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les chirurgiens-dentistes : la politique conventionnelle, ses ambitions, ses limites .....	33
6.1.1.Le contexte historique des conventions nationales .....	33
6.1.2.La Loi du 13 Août 2004 et la nouvelle gouvernance de l'Assurance Maladie Obligatoire .....	34
6.1.3.Objectifs et enjeux de la nouvelle organisation .....	34
6.2. Les interactions entre l'Assurance Maladie Complémentaire et les usagers du système de santé dentaire français.....	35
6.2.1.Le marché de la santé n'est pas un marché comme les autres .....	35
6.2.2. Place de l'Assurance Maladie Complémentaire dans la couverture du risque « santé dentaire ». .....	35
6.2.3.Les plate-formes téléphoniques .....	36
6.2.3.1.Les « call-centers » des Assurances Maladies Complémentaires au service de la santé ? ....	36
6.2.4.2.Santéclair .....	36
6.2.4.3.TelSanté.....	38
6.3. Les interactions entre l'Assurance Maladie Complémentaire et les chirurgiens-dentistes .....	38
6.3.1.Tout reste à faire .....	38
6.4. Les interactions entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire .....	39

## VII

<b>2<sup>EME</sup> PARTIE : LA DÉFINITION DE LA CIBLE FONCTIONNELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>	
<b>BUCCO-DENTAIRE FRANÇAIS SOUHAITÉ : CONCEPTION ET PILOTAGE.....</b>	<b>41</b>
<b>1.L'Analyse Fonctionnelle, l'Analyse de la Valeur.....</b>	<b>41</b>
1.1. L'Analyse Fonctionnelle : Présentation et Finalité .....	42
1.2. L'Analyse de la Valeur : caractéristiques et finalité .....	43
<b>2. La définition de la cible fonctionnelle du Système de Santé Dentaire Bucco-Dentaire Français</b>	
<b>souhaité .....</b>	<b>44</b>
2.1. La création du groupe de travail.....	44
2.2. Les réunions de travail.....	45
2.3. La recherche de la cible fonctionnelle du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité .....	48
2.3.1. L'Analyse Fonctionnelle : un outil pour définir le fonctionnement externe et interne existant et souhaité du Système de Santé Bucco-Dentaire Français .....	48
2.3.1.1. L'Analyse Fonctionnelle externe du Système de Santé Bucco-Dentaire Français.....	48
2.3.1.2. L'Analyse Fonctionnelle interne du Système de Santé Bucco-Dentaire Français : l'analyse des processus.....	52
<b>3. Les éléments de conception et de pilotage du Système de Santé Bucco-Dentaire souhaité.....</b>	<b>53</b>
3.1. Les engagements du référentiel « Qualité de service en dentisterie », .....	53
3.2. Les propositions économiques.....	61
4.1. L'organisation par projet, délégation et responsabilisation .....	68
4.2. Validation fonctionnelle des actions à mener.....	70
4.2.1. Actions opérationnelles à mener.....	70
4.2.2. Actions tactiques à mener .....	72
4.2.2. Actions tactiques à mener .....	73
Les actions tactiques à mener pour arriver au système du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité, sont mises en rapport avec les fonctions auxquelles elles s'adressent dans l'Arbre Fonctionnel.	73
4.2.3. Actions stratégiques à mener .....	76
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>I</b>
AUTEURS.....	I
ARTICLES, LOIS, ORDONNANCES, NORMES ET RAPPORTS .....	II
SITES INTERNET .....	V
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>VI</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>VII</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>X</b>
<b>Commentaires des participants du groupe de travail sur les propositions de réforme économique.....</b>	<b>X</b>

## INTRODUCTION

L'utilisation du Management par la Valeur, pour l'observation du Système de Santé Bucco-Dentaire Français à partir de ses composantes, - les chirurgiens-dentistes, les patients, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire - va permettre de le définir par ses finalités (fonctions).

Le rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance Maladie, remis le 23 janvier 2004 au Ministre de la Santé est intitulé « L'avenir de l'Assurance Maladie : l'urgence d'un redressement par la qualité »<sup>2</sup>. Pour le Haut Conseil, « Dans cette période critique, l'enjeu n'est pas seulement de maintenir. C'est de comprendre qu'il est possible d'aller de l'avant pour bâtir quelque chose de neuf et d'encore meilleur ».

« La rupture fondamentale de ces 20 dernières années est que la médecine, et plus généralement la santé, n'est plus un système fermé, centré autour de la relation médecin-malade et où les débats ne concernent que les experts.

De plus en plus complexe, son organisation collective fait intervenir de nombreux autres acteurs que les professionnels de santé. La santé s'est ouverte à la société. Le fait nouveau est donc qu'elle pose un problème majeur de pilotage politique, au sens étymologique du mot politique : de gestion de la Cité et d'arbitrage dans les choix à faire. »<sup>3</sup>

« L'évolution des dépenses de santé est une conséquence et un signe du développement de la société. D'un point de vue humain et social, il n'y a rien de plus précieux que la santé ; pouvoir y consacrer une part croissante des ressources est favorable. Plutôt que d'entretenir l'espoir illusoire de contenir cette croissance, il vaut sans doute mieux la considérer comme inéluctable, voire souhaitable, et se poser la question de la manière dont elle doit être gérée économiquement et socialement. »<sup>4</sup>

« Du côté du public, c'est, à juste titre, une impression de découragement qui prévaut : le prix de la santé ne cesse d'augmenter, le niveau des remboursements baisse et les moins favorisés se retrouvent contraints de différer, voir de renoncer à certaines dépenses pourtant indispensables telles que les soins dentaires. Il y a un décalage important entre la dépense réellement engagée et les remboursements proposés par la Sécurité Sociale. »<sup>5</sup>

« Rigidités, conflits internes, contraintes financières, tout paraît se liguier pour freiner l'amélioration de notre système de santé (dentaire) pour le bénéfice de ses usagers. »<sup>6</sup>

« Nous devons combiner deux exercices, l'un et l'autre indispensables. Le premier est de gérer le système en fonction des ressources dont nous disposons. Tout Euro gaspillé constitue une perte de chances et empêche de soigner quelqu'un. Il s'agit d'une obligation non seulement financière, mais éthique. Il faut maîtriser pour dépenser plus. Le second exercice

---

2 [http://lesrapports.la\\_documentation\\_francaise.fr/BRP/044000031/0000.pdf](http://lesrapports.la_documentation_francaise.fr/BRP/044000031/0000.pdf)

3 TABUTEAU Didier InterviewLe Monde 11 juin 2006

4 LEBLANC Robert Quelques repères Peut-on réformer l'assurance santé ? Risques n°58 Juin 2004 pg 19

5 DAVANT Jean-Pierre, BONCENNE Pierre Notre santé n'est pas un commerce 2000 Editions du Seuil pg 77-79

6 TABUTEAU Didier, BENKEMOUN Paul Les nouvelles frontières de la santé Comment serons nous soignés demain ? Editions Jacob-Duvernet 2006 pg 147-150, 203

doit être de nous préparer à répondre aux besoins croissants que l'évolution de la médecine, et les attentes de la population, font émerger. De 1960 à 2000, la dépense de santé *individualisée ou socialisée, est passée de 5,6% à 12,6% de la consommation effective des ménages.*

Identifier les blocages, favoriser des évolutions structurelles, prendre les décisions qui façonneront le visage de ce système dans dix ans, tout cela nécessite de faire de la santé (dentaire) un véritable sujet politique, comme elle le mérite.

Certains ministres de la Santé ont défendu une approche qui ne partait pas des sommes disponibles dans les caisses de l'État, mais de ce qu'il était important de faire, car, de toute manière, il n'y aura jamais assez d'argent. »<sup>7</sup>

« La santé est un secteur économique en expansion. Pas seulement parce qu'elle améliore ce qu'elle faisait – si il n'y avait que cela, nous gagnerions de l'argent, car le progrès technique fait normalement baisser les coûts - mais surtout parce que les avancées permettent de faire ce que l'on ne faisait pas auparavant. Il est impossible de comprendre l'évolution des dépenses de santé tant que l'on n'a pas bien cerné cette part du progrès.

Le véritable enjeu aujourd'hui n'est pas de trouver des solutions techniques, mais de donner sa place à la décision politique dans son sens le plus noble du terme.

Il ne s'agit pas de soumettre le financement des réseaux de santé à des querelles partisans, mais de définir une procédure de prise de décision qui associe la population, les élus, les professionnels et les associations. Les choix de santé doivent répondre aux attentes de la population et traduire un engagement déterminé de la collectivité, à la fois à y consacrer plus d'argent et aussi à privilégier une action plutôt qu'une autre.

Tous les acteurs concernés doivent savoir que rien, pas même les habitudes les plus ancrées, ne saurait être irréversible et qu'il faut avec détermination reconsidérer tous les mécanismes de l'Assurance Maladie. »<sup>8</sup>

« Il faut regarder les choses en face, accepter de se tromper, pousser des expérimentations, essayer de nouveaux modes d'organisation (...) et regarder ce que cela donne. Le débat, c'est aussi dire : « Voilà les perspectives, voilà ce que l'on essaie. Qu'est-ce que vous en pensez ? ». C'est essayer d'acclimater le système à ce qui est en train de se passer et à ce qui se prépare. Cela suppose de faire, non pas une projection du système de la santé (dentaire) en 2030, ce qui n'aurait pas de sens, mais d'observer différentes voies. »<sup>9</sup>

Les outils utilisés dans le *Management par la Qualité* vont-ils nous permettre d'ouvrir des pistes de réflexion « pour bâtir quelque chose de neuf et d'encore meilleur » pour le Système de Santé Bucco-Dentaire Français, comme l'évoque le rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance Maladie?

La traduction en termes de fonctions - en fait les "raisons d'être", les "missions", les "services rendus" du système, permettra-t-elle d'identifier et de hiérarchiser des processus, des actions, des missions à mener ?

---

7 INSEE première, février 2002, n° 832

8 DAVANT Jean-Pierre, BONCENNE Pierre Notre santé n'est pas un commerce 2000 Editions du Seuil pg 89

9TABUTEAU Didier, Paul BENKEMOUN Les nouvelles frontières de la santé Comment serons nous soignés demain ? Editions Jacob-Duvernet 2006 pg 203

Si oui, il «pourra alors être constitué un système de management (gouvernance : processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions) modélisé du système de santé dentaire, en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement pour en organiser l'amélioration continue, *ceci au service des différents acteurs directs et indirects du secteur de la santé bucco-dentaire.* »<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Patrick HASSENTEUFEL, Bruno PALIER Les trompes-l'oeuil de la « gouvernance » de l'Assurance Maladie Revue Française d'Administration Publique N° 113 2005 pg 14 in Le Gallès « Gouvernance » Dictionnaire des politiques publiques Paris Presses de Sciences Po ; 2004 Pg 243

## **1<sup>ère</sup> PARTIE : LE SYSTÈME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE FRANÇAIS ACTUEL**

Pour comprendre le Système de Santé Bucco-Dentaire Français actuel, il est nécessaire de le décrire dans ses composantes, dans son fonctionnement, dans les interfaces liant ses acteurs. Cette première partie est dédiée à cette description.

Le Système de Santé Bucco-Dentaire Français met en relation 4 partenaires : l'Assurance Maladie Obligatoire, les structures délivrant les soins dentaires (cabinets libéraux, cabinets mutualistes, centres de santé et structures hospitalières), l'Assurance Maladie Complémentaire, et les patients – usagers de santé bucco-dentaire.

Chaque partenaire va être évoqué et vont être décrites les relations que chacun entretient avec les autres.

### **1. L'Assurance Maladie Obligatoire française**

#### **1.1. Système d'Assurance Maladie Bismarckien**

« Il s'agit d'un régime de protection sociale lié au travail : les salariés sont couverts par des assurances obligatoires, financées par des cotisations sociales prélevées sur les salaires. En terme d'organisation, la gestion des régimes de protection sociale est assurée par des caisses professionnelles qui établissent des relations avec les prestataires de soins.

Notre système s'est construit sur le principe de l'autonomie des acteurs et de la séparation des secteurs. Il distingue un secteur public et un secteur privé et prévoit un exercice libéral de la médecine. »<sup>11</sup>

#### **1.2. Les missions de l'Assurance Maladie Obligatoire<sup>12</sup>**

##### **1.2.1. Un rôle d'assureur social**

L'Assurance Maladie Obligatoire (régime général) est le principal assureur obligatoire de la santé des Français. Elle a en charge la gestion des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail / maladies professionnelles et décès.

Sa mission s'exerce au service d'une finalité importante pour toute la population : permettre aux assurés de bénéficier des meilleurs soins aux meilleurs coûts pour la collectivité, dans le

---

<sup>11</sup> Didier TABUTEAU, Paul BENKEMOUN Les nouvelles frontières de la santé Comment serons nous soignés demain ? Editions Jacob-Duvernet 2006 pg 99-101

<sup>12</sup> [www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cp30092005.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp30092005.pdf)

respect de la dimension solidaire et universelle de l'Assurance Maladie. Avec la réforme adoptée en août 2004, il s'agit pour l'Assurance Maladie de "soigner mieux en dépensant mieux".

### **1.2.2.Des missions en constante évolution**

L'Assurance Maladie Obligatoire est un gestionnaire du risque maladie et des dépenses de soins. À ce titre, elle met en œuvre, avec les professionnels de santé et les assurés, des actions de maîtrise médicalisée qui ont pour objectif de mieux soigner en dépensant mieux. De la prévention des risques à l'organisation des soins, en passant par la régulation des dépenses de santé et l'offre de services, l'Assurance Maladie Obligatoire est un acteur majeur du système de santé français.

#### **1.2.2.1.Garantir l'accès aux soins**

A l'origine réservé aux salariés et à leur famille, le régime général s'est progressivement élargi à d'autres catégories de la population (les jeunes libérés du service militaire, les femmes divorcées ne travaillant pas, les anciens détenus,...). Et depuis le 1er janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a permis à toute personne résidant en France de bénéficier de la prise en charge de ses soins (assurance maladie et maternité) quelle que soit son activité.

L'Assurance Maladie Obligatoire garantit l'accès aux soins de près de 50 millions de personnes par le remboursement de leur coût.

L'Assurance Maladie Obligatoire rembourse les soins liés à la maladie - consultations, examens et traitements - en ville comme à l'hôpital.

#### **1.2.2.2. Prévenir la maladie**

L'Assurance Maladie Obligatoire a naturellement inclus la prévention dans son champ d'actions afin d'enrayer la propagation de certaines maladies et d'éviter les complications liées à des maladies chroniques. Pour développer la prévention et l'éducation sanitaire, elle a créé un fond spécifique en 1988. L'Assurance Maladie Obligatoire a instauré (en partenariat avec la profession dentaire) un bilan bucco - dentaire (BBD) pour les jeunes de 6 à 18 ans avec la prise en charge à 100% des soins nécessaires. L'objectif : créer chez les jeunes l'habitude de consulter régulièrement un chirurgien - dentiste pour éviter plus tard les problèmes graves et coûteux.

#### **1.2.2.3.Orchestrer la régulation médicalisée**

Dans le contexte financier actuel, garantir à tous l'accès à des soins de qualité implique de mieux dépenser les sommes consacrées à la santé par la collectivité. C'est dans cette perspective que les experts de l'Assurance Maladie Obligatoire analysent l'évolution de la consommation de soins, étudient les pratiques de santé et évaluent la pertinence des soins dispensés aux assurés sociaux.

Ces constats permettent de définir les thèmes des programmes de maîtrise médicalisée que l'Assurance Maladie Obligatoire met en œuvre avec ses partenaires.

Pour conforter cette démarche, l'Assurance Maladie Obligatoire mène des actions d'information vers les assurés comme vers les professionnels de santé pour faciliter l'évolution des comportements.

### **1.3. L'Assurance Maladie Obligatoire professionnalise ses services**

La stratégie de service de l'Assurance Maladie Obligatoire consiste à passer du service rendu, vision traditionnelle des services publics, au service attendu, fondé sur une écoute des attentes des publics.

L'Assurance Maladie Obligatoire s'inscrit dans une approche globale de service aux assurés et aux professionnels de santé.

Un service d'aide à l'installation des professionnels de santé est en cours de réalisation. En réponse aux attentes des professionnels de santé, l'Assurance Maladie Obligatoire proposera une offre spécifique d'aide à l'installation des médecins :

- des conseils et informations sur le lieu d'installation, le mode d'exercice et le statut conventionnel en amont ;
- une simplification des démarches lors de l'installation ;
- un accompagnement dans la maîtrise de l'environnement professionnel en aval ;
- un accompagnement des programmes de maîtrise médicalisée.

L'Assurance Maladie Obligatoire développe des démarches marketing auprès des chirurgiens-dentistes. Des délégués de l'Assurance Maladie Obligatoire ont pour mission de faciliter le travail des professionnels de santé au regard des engagements prévus dans la convention. Ce nouveau métier, créé à l'occasion du lancement de la Carte Vitale, a désormais une mission clé au service de la régulation pour accompagner la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le délégué rencontre le chirurgien-dentiste, avec des outils d'accompagnement et d'appui dans l'exercice de leur métier.

### **1.4. L'Assurance Maladie Obligatoire au service de la société depuis 60 ans**

L'Assurance Maladie Obligatoire s'est construite depuis 1945 sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins, la solidarité.

C'est ainsi qu'elle permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources.

Au fil des décennies, les missions de l'Assurance Maladie Obligatoire se sont enrichies. Au-delà du simple remboursement des soins, l'Assurance Maladie Obligatoire s'est orientée vers la prise en charge de la maladie elle-même. Elle mène des études sur le développement des principales pathologies (fréquence et coûts), sur la qualité des soins et les pratiques médicales (respect des recommandations scientifiques). Parallèlement, l'Assurance Maladie Obligatoire finance et conduit des programmes de prévention (vaccinations, dépistages, éducation à la santé).

Sur un autre plan, l'Assurance Maladie Obligatoire a suivi l'évolution de la société. A l'origine réservé aux salariés et leur famille, le régime général a progressivement intégré les autres catégories de la population : depuis le 1er janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle a permis à toute personne résidant en France de bénéficier de la prise en charge de ses soins (assurance maladie et maternité) quelle que soit son activité. Et pour ceux dont les revenus sont modestes, la CMU-Complémentaire (CMUC) permet de bénéficier de soins de qualité et d'un suivi régulier.

C'est ainsi que depuis 1945, l'Assurance Maladie Obligatoire a accompagné la société française mais la très forte augmentation des dépenses depuis plusieurs années et les déficits qui s'accumulent fragilisent le système.

Cela donne toute son importance à la réforme adoptée en août 2004 par le Parlement pour sauvegarder notre régime d'Assurance Maladie tout en préservant et consolidant ses principes fondamentaux. Cette réforme a pour ambition d'installer de manière décisive une dynamique permettant d'atteindre cet objectif : soigner mieux en dépensant mieux.

### **1.5. Un réseau d'organismes aux missions spécifiques**

Le réseau de l'Assurance Maladie Obligatoire, dont l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) assure le pilotage et la coordination, est formé des trois principaux régimes : la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions indépendantes (CANAM).

L'UNCAM noue un partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

L'UNCAM négocie les accords et les conventions régissant les relations avec les professionnels de santé, fixe les taux de remboursement dans les conditions et les limites fixées par l'État, procède au classement de chaque médicament au sein des trois catégories prévues en fonction des avis de la Haute Autorité de Santé sur le service médical rendu de ces produits, décide quels actes et prestations sont admis au remboursement.

Les instances dirigeantes de l'UNCAM sont constituées, d'une part, d'un Conseil issu des trois Caisses Nationales et, d'autre part, d'un Collège de directeurs associant le directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et les directeurs de la CCMSA et de la CANAM. Le directeur général de la CNAMTS en sera le directeur général ; il négociera et signera, sur mandat du Collège, les conventions avec les professionnels de santé. Le Conseil comprendra 18 membres, représentant les différentes Caisses Nationales en fonction de leur importance relative, dont 12 nommés par la CNAMTS, 3 par la CCMSA et 3 par la CANAM.

L'action de l'Assurance Maladie Obligatoire prend appui sur un réseau d'organismes dense, disposant d'expertises de haut niveau (soit près de 250 structures pour 5 types d'organismes à responsabilité territoriale).

Au niveau régional et départemental, ces organismes (Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Caisses Régionales d'Assurance Maladie, Unions Régionales d'Assurance Maladie, etc.) remplissent chacun des missions spécifiques auprès des différents publics (assurés, professionnels de santé, employeurs).

#### **La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

La CNAMTS est un établissement public dont le siège est à Paris. Elle définit les orientations nationales du Régime général de l'Assurance Maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles (gestion du risque, action sanitaire et sociale, prévention, etc.).

Le Conseil est l'instance politique de la CNAMTS : il est consulté systématiquement sur tout projet de loi ou de décret qui a un impact sur l'Assurance Maladie. Il peut faire des propositions de modifications législatives et réglementaires. La CNAMTS négocie les conventions qui définissent les liens entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les professionnels de santé libéraux (médecins, auxiliaires médicaux).

#### **128 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)**

Les CPAM sont des organismes de droit privé qui gèrent les risques des assurés : maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Les CPAM agissent dans le domaine de la prévention, de l'éducation et de l'information pour la santé. Enfin, elles exercent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs assurés.

#### **Le Service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire**

Le Service médical dispose d'un pôle auprès de chaque caisse.

Il comprend notamment 2 560 praticiens-conseils (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes).

Le Service médical :

- conseille les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale (prise en charge à 100%, invalidité, accidents du travail...) et sur le bon usage des soins (diabète, hypertension artérielle, ...);
- analyse et contrôle les demandes de prestations des patients et les activités des professionnels et établissements de santé;
- réalise des études et accompagne les professionnels de santé pour l'amélioration de la prise en charge des malades atteints d'affections chroniques et/ou graves.

#### **4 Caisses Générales de Sécurité Sociale de l'Outre-mer (CGSS)**

Les CGSS regroupent dans les 4 départements d'Outre-mer les services de l'Assurance Maladie Obligatoire, de l'assurance vieillesse et des URSSAF.

#### **16 Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)**

Les CRAM sont des organismes de droit privé, responsables de la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Elles agissent également dans le secteur de l'hospitalisation en participant aux travaux des Agences Régionales d'Hospitalisation. Les CRAM ont une double activité: Outre la maladie, elles interviennent également dans le domaine de la retraite (versements des pensions de retraites, gestion de l'assurance veuvage).

#### **22 Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)**

Les URCAM regroupent les trois principaux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire pour définir une politique commune de gestion du risque au niveau régional, notamment dans le domaine des soins de ville, et veillent à sa mise en œuvre. Leurs agents coordonnent aussi les actions de prévention des caisses, du Service Médical et des autres organismes du régime agricole et des indépendants. Elles mènent des études avec les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) sur l'organisation du système de soins, et collaborent avec les Agences Régionales d'Hospitalisation.

#### **13 Unions de Gestion des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM)**

Les UGECAM assurent la gestion des 153 établissements médicaux (essentiellement des établissements de soins de suite et de réadaptation) et médico-sociaux (la moitié sont des établissements pour l'enfance inadaptée) de l'Assurance Maladie Obligatoire.

### **1.6. La « gouvernance » de l'Assurance Maladie Obligatoire**

L'Assurance Maladie Obligatoire est donc le système institutionnel chargé de mettre en œuvre les conditions et modalités de la prise en charge des soins remboursables.

De nombreux acteurs participent à sa gouvernance:

- Les différentes instances de l'Etat (c'est-à-dire le Parlement, qui décide de l'organisation légale du système et vote les lois de financement, le Gouvernement, qui est à la fois pouvoir réglementaire et autorité de tutelle sur les Caisses d'Assurance Maladie Obligatoires, et enfin les différentes agences ou établissements d'Etat : AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), HAS (Haute Autorité de Santé), ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation),
- Les partenaires sociaux, dont la légitimité historique à gérer l'Assurance Maladie Obligatoire trouve notamment son fondement dans l'assiette massivement salariale des recettes, et qui administrent, entre autres, les trois Caisses Nationales : CNAMTS, CCMSA (Caisses Centrales de la Mutualité Sociale Agricole), CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, les Caisses Régionales et Locales, et les URCAM ),
- la Mutualité Française, dont la présence au sein des conseils d'administration des Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire est prévue par la Loi en raison de sa mission d'intérêt général,
- et enfin les professionnels de santé eux-mêmes, puisqu'ils ont, dans le secteur libéral, vocation à définir par l'intermédiaire de leurs syndicats représentatifs et par voie conventionnelle les conditions de leur exercice.

Les autres Assurances Complémentaires n'ont pas de présence officielle sur le plan institutionnel. Enfin, pour le Régime Général, les assurés sociaux sont aujourd'hui exclusivement représentés par les Syndicats de salariés au sein des mêmes Conseils, sachant que, pour ce même régime, leur désignation par voie électorale a été juridiquement supprimée en 1996. Certaines personnalités qualifiées, désignées dans ces Conseils, sont toutefois issues du milieu associatif.

## 1.7. La Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>13</sup>

La HAS aide les pouvoirs publics dans leurs décisions de remboursement des produits et services médicaux ; elle donne son avis sur l'utilité médicale des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Elle donne son avis sur les accords conventionnels. A travers les accords conventionnels : contrats de santé publique (CSP) et contrats de bonne pratique (CBP), conclus entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les professionnels de santé libéraux, ceux-ci s'engagent, par exemple, à atteindre des objectifs en matière de qualité, à modifier des pratiques ou à diminuer des prescriptions. Ces accords ne peuvent être conclus qu'après avis de la HAS, lorsqu'ils portent sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des pratiques.

Elle établit des évaluations médico-économiques et en santé publique : l'évaluation médico-économique consiste à comparer l'intérêt médical d'un acte, d'une pratique, d'un médicament, d'une organisation innovante ou d'un programme de dépistage, etc., et les coûts

<sup>13</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_412224](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_412224)

qu'ils engendrent. Elle offre ainsi aux pouvoirs publics et aux professionnels de santé des informations sur les conséquences économiques de pratiques diagnostiques ou thérapeutiques ou encore de programmes de dépistage.

Elle promeut les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé par :

-des recommandations professionnelles (les recommandations professionnelles sont destinées aux professionnels de santé en exercice, elles couvrent tout le champ de la santé ; elles décrivent les soins les plus adaptés à un patient donné, compte tenu de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales) ;

-des guides de prise en charge des affections de longue durée (la HAS élabore des guides destinés aux médecins, afin de les aider à bien prendre en charge les patients atteints d'affections de longue durée (ALD), comme le diabète, l'hépatite C, l'asthme, etc. ; Ces guides décrivent, pour chaque ALD, le parcours de soin du patient (les étapes clés, les professionnels impliqués, etc.) ainsi que les actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement de la pathologie. Des versions destinées aux patients sont également disponibles.

## 1.8. La réforme du Système de Santé Français

Le système de santé est en plein remaniement. Un certain nombre de rapports et de missions sur la réforme ou l'organisation du système de soins ont été réalisés (Ritter, Bur<sup>14</sup>, Flajolet, Larcher). Les Etats Généraux de l' Organisation de la Santé siègent.

L'ensemble du Système de Santé est engagé dans une importante réforme autour de trois volets :

1. l'organisation du système de soins,
2. l'hôpital
3. et le financement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le Préfet Ritter a été chargé de faire des propositions pour une réorganisation en profondeur du système de soins<sup>14</sup>. La principale mesure préconisée consiste en la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) dont le rôle et les missions ont été clarifiés par les décisions du Conseil de Modernisation des Politiques Publiques :

- Les ARS regrouperont DDASS et DRAS, ARH, URCAM, MRS, GRSP, et les services régionaux des trois régimes CNAM, MSA et RSI. Les ARS auront un large périmètre de compétences incluant les soins de ville, les soins hospitaliers, le médico-social, la prévention et l'éducation à la santé ;
- Les ARS seront responsables des régulations des dépenses en collaboration avec les CPAM ;
- Les services de l'État et de l'Assurance Maladie Obligatoire sont appelés à travailler ensemble dans la conduite des politiques de santé décidée au niveau national ;
- Le pilotage des ARS sera un copilotage État/Assurance Maladie ;
- Les ARS auront une double compétence : organisation des soins et gestion du risque.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé et présenté par Yves Bur Député <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0697.asp>

<sup>15</sup> Roland L'HERRON Le temps des réformes Chirurgien-Dentiste de France n°1346-1347 24 avril 2008 pg 21

## 2. La spécificité des soins dentaires dans le système d'Assurance Maladie français <sup>16</sup>

La première caractéristique concerne l'offre de soins dentaires qui est en majorité libérale (87%). Le secteur public ou assimilé est constitué par les services hospitaliers (6%), les centres de santé municipaux ou mutualistes. L'offre permettant un accès sans avance de frais est donc limitée, sauf pour les bénéficiaires de la Complémentaire Maladie Universelle.

La deuxième des caractéristiques relève de la protection sociale. Contrairement à ce qui se passe dans le reste du secteur médical, les soins conservateurs et chirurgicaux peu coûteux sont bien remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, les soins de prothèse et d'orthopédie, plus coûteux sont très peu remboursés et d'autres soins (de parodontie, de prophylaxie carieuse, de parodontie, d'implantologie) ne sont pas du tout remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le coût se reporte sur un financement privé (Assurance Complémentaire ou patient lui-même) dont la part représente 55% en moyenne.

La Complémentaire Maladie Universelle permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs, et la CMU - Complémentaire permet la prise en charge intégrale d'un panier de soins prothétiques.

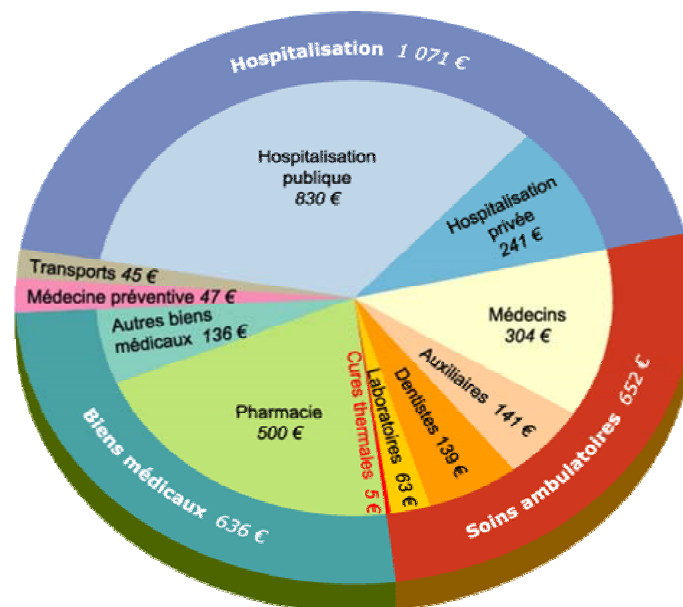


Figure 1 Composition en valeur (€ courants par personne) des différents postes de la Consommation Médicale Totale nomenclaturée par l'Assurance Maladie en 2005 <sup>17</sup>

<sup>16</sup> Bulletin d'information en économie de la santé n°94-mai 2005

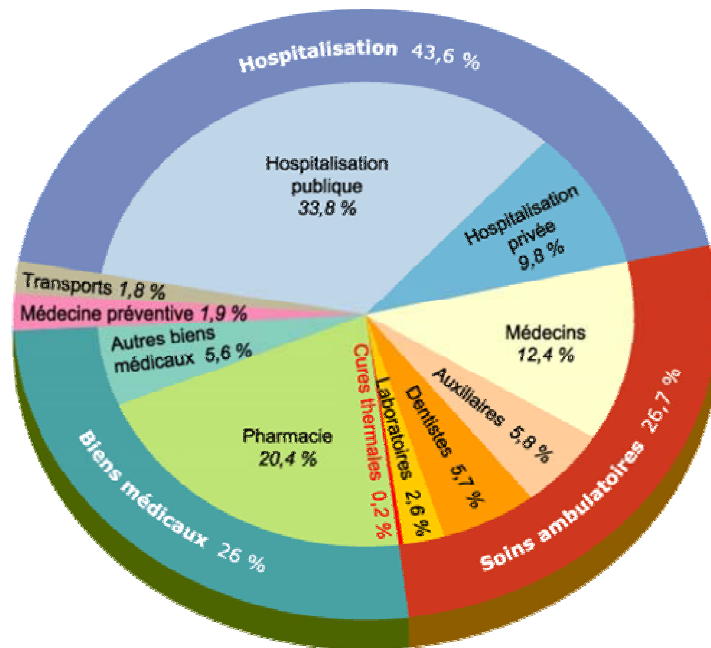


Figure 2: Composition en pourcentage des différents postes de la Consommation Médicale Totale Nomenclaturée par l'Assurance Maladie en 2005 <sup>17</sup>

### Les dépenses en dentisterie <sup>18</sup>

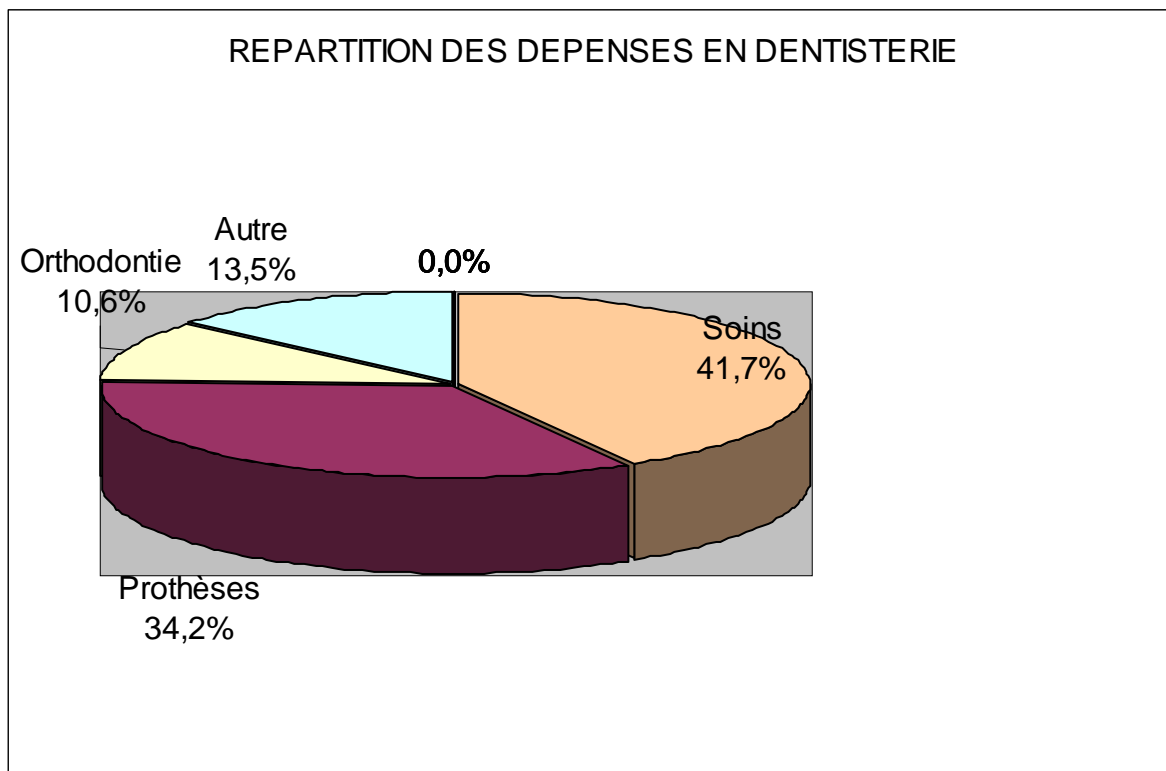


Figure 3 : Les dépenses en dentisterie

Les remboursements par l'assurance maladie représentent 33% des dépenses engagées en dentisterie

<sup>17</sup> Comptes nationaux de la santé, DREES (données disponibles dans Eco-Santé France 2006, juillet 06, IRDES-DREES)

<sup>18</sup> Docteur Laurence BURY Les dépenses en dentisterie Dentoscope n° 14 26 mars 2007

## La couverture mutuelle des Français <sup>18</sup>

86% des Français possèdent une mutuelle complémentaire : (86 = 35 + 51)

- 35% de la population a souscrit un contrat complémentaire qui prend en charge le ticket modérateur ;
- 51% ont un niveau de remboursement moyen à fort.

La CMU couvre 9% de la population

5% de la population qui ne travaille pas, ne cotise pas à une mutuelle complémentaire et est au-dessus de seuil pour bénéficier de la CMU.

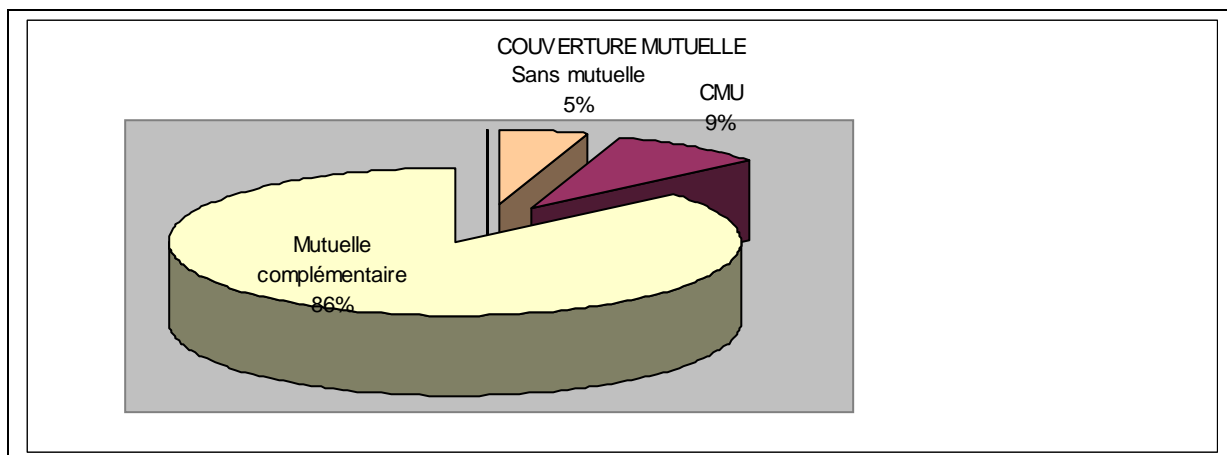


Figure 4 : Couverture mutuelle des Français

## Prise en charge des soins dentaires selon les financeurs <sup>18</sup>

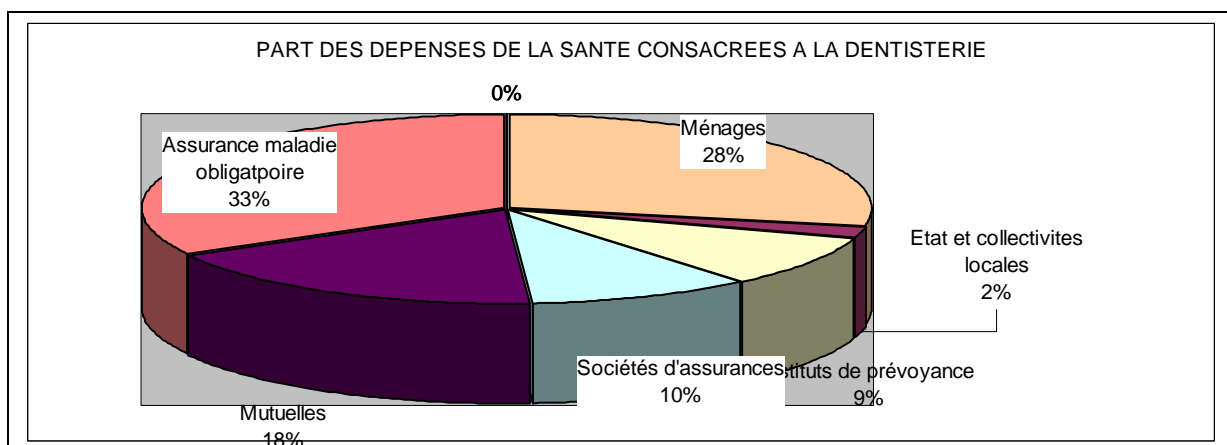


Figure 5 : Prise en charge des soins dentaires selon les financeurs

<sup>18</sup> Docteur Laurence BURY Les dépenses en dentisterie Dentoscope n° 14 26 mars 2007

### 3. Les cabinets dentaires

#### 3.1. Des entreprises particulières liées par une convention

« De part le retard pris dans la valorisation des soins conservateurs et la prise en considération d'actes les plus médicalement justifiés, la convention impose une contrainte financière exigeante, l'exercice à perte. En effet, les soins conventionnels représentent 70% de l'activité des cabinets dentaires. 6 chirurgiens- dentistes sur 10 travaillent sans assistante et moins sans doute avec un personnel véritablement qualifié. Les taux de charges (plateau technique, consommables, ...) se sont sensiblement accrus et avoisinent 60%. Ainsi, le seuil d'équilibre d'un cabinet disposant d'une assistante serait aujourd'hui de 110 000 €uros par an (chiffre d'affaires). Or, ce niveau est atteint par seulement la moitié de la profession environ, dont 20% dégagent un bénéfice inférieur à 27 000 €uros annuels. »<sup>19</sup>

« Les conditions économiques se sont bien dégradées au cours des dernières années, même si certains organismes de gestion continuent à opposer à cette réalité des chiffres d'une moyenne arithmétique, pris en dehors de toute étude statistique fiable »<sup>20</sup>.

« Au cours des décennies (1980 à 1998), alors que le total des honoraires conventionnels est resté à peu près stable en €uros courants (290 millions contre 260 millions), que le montant moyen des honoraires conventionnels a en réalité diminué, sous l'effet de la progression du nombre de cabinets libéraux (39%) et que les tarifs des actes ont été sensiblement érodés, les chirurgiens-dentistes ont compensé la baisse de leurs ressources conventionnelles en pratiquant des dépassements sans cesse plus élevés.

Ainsi, l'idée d'équilibrer revalorisation des soins et opposabilité totale des tarifs prothétiques est justifiée, mais semble peu réaliste : difficulté de concevoir un système « étanche », compte tenu de l'apparition de nouveaux actes ; volonté légitime des régimes complémentaires de développer leur présence, etc... »<sup>17</sup>

#### 3.2. Des entreprises soumises à des contraintes grandissantes<sup>21</sup>

« Fortement encadré, le métier de chirurgien-dentiste est soumis à un champ de contraintes de plus en plus dense.

##### **Une contrainte persistante : la rigidité de la nomenclature**

La nomenclature des actes dentaires édictée par la Sécurité Sociale n'a pas changé depuis les années 1960. Or cette rigidité est vécue comme une véritable contrainte par les chirurgiens-dentistes dans la mesure où la réalité des actes a, elle, énormément évolué en plus de 40 ans de pratique.

---

19 Michel YAHIEL Lignes directrices pour une réforme dentaire Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires juillet 2001.

20 Marc SABEK L'exercice libéral en crise L'information dentaire n°17 25 avril 2007

17 Marc SABEK L'exercice libéral en crise L'information dentaire n°17 25 avril 2007

21 Elsa RIGAL, Julie MICHEAU Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative septembre 2007 Plein Sens Observatoire National des Professions de Santé pg 24-25

La qualification des actes est présentée comme un exercice complexe en fonction de cette nomenclature obsolète. Le praticien est parfois obligé d'effectuer de véritables contorsions dans la qualification des actes, d'où un fort risque de dérives.

Le passage de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)<sup>22</sup> actuelle à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)<sup>23</sup> standard est en cours d'élaboration.

### **De plus en plus de contraintes techniques et réglementaires**

Compte tenu de la nature des actes de soin (invasifs, sanglants), les normes techniques et sanitaires qui encadrent la profession sont continuellement renforcées. Les exigences nouvelles portent sur :

- le matériel autorisé,
- les règles d'asepsie, la stérilisation qui conduisent au développement du matériel jetable,
- le traitement des déchets,
- la traçabilité des actes,
- les normes d'appareillage et l'obligation de formation en matière de radiologie.

A cela, il convient d'ajouter une évolution qui a eu son importance pour les praticiens les moins jeunes : l'informatisation. Elle est en particulier devenu une nécessité pour la télétransmission qui requiert que le cabinet soit informatisé (au fauteuil et à l'accueil), d'où un changement des méthodes de travail pour le praticien et l'assistante qui nécessite une formation. »<sup>24</sup>

## **3.3. Des entreprises à position sociétale particulière <sup>21</sup>**

### **Des entreprises en pleine mutation**

Les vingt dernières années ont vu une transformation forte du secteur : la nature des actes a profondément évolué, les contraintes réglementaires se sont intensifiées.

En raison des choix jusqu'ici retenus par la collectivité pour la prise en charge des soins dentaires, le modèle économique de rentabilité du cabinet pourrait reposer de plus en plus sur l'activité facturée avec dépassement.

On serait tenté de parler d'un risque fort, sinon avéré, de « commodification » de la santé dentaire. Le terme anglo-saxon de « commodification » désigne le degré de dépendance au marché d'un individu pour satisfaire ses besoins économiques ou sociaux, ici, sa santé. La structure de la prise en charge des soins dentaires en France, le caractère technique du métier et les investissements et coûts de fonctionnement qui s'y attachent, sa pratique de moins en moins autonome, tous ces facteurs engagent les praticiens dans des arbitrages qui peuvent les conduire à privilégier une logique de rentabilité à une logique de continuité des soins et d'accès aux soins, à une logique d'offre au détriment d'une logique de réponse à la demande.

---

<sup>22</sup> Nomenclature Générale des Actes Professionnels [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP\\_mars2008.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP_mars2008.pdf)

<sup>23</sup> Classification Commune des Actes Médicaux [http://www.codage.ext.enamts.fr/codif/ccam/index\\_presentation.php?p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.enamts.fr/codif/ccam/index_presentation.php?p_site=AMELI)

<sup>21</sup> Elsa RIGAL, Julie MICHEAU Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative septembre 2007 Plein Sens Observatoire National des Professions de Santé pg 24-25

Cette tension n'est pas nouvelle, mais elle semblerait de plus en plus forte. Hétérogénéité de la demande et hétérogénéité de l'offre se répondent dans un système de soin in fine inégalitaire.

### **Des entreprises qui semblent en marge de la santé publique**

Les affections bucco-dentaires ont une occurrence très élevée (caries, maladies parodontales) mais sont le plus souvent sans gravité, à tout le moins, peu invalidantes. Cela suffit-il à expliquer la faible représentation de la profession au sein des instances en charge de la santé publique et la faible prise en compte des soins odontologiques dans les politiques de santé publique ?

Il est en effet surprenant d'observer que des chirurgiens-dentistes experts ont été nommés au sein du Ministère de la Santé ou de la Haute Autorité de Santé que depuis quelques années seulement.

Il n'y a pas de chirurgiens-dentistes dans les services déconcentrés (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) ; il n'y a pas de chirurgiens-dentistes du travail ; il n'y a pas de chirurgiens-dentistes scolaires.

Il a fallu attendre 2005 pour que la santé bucco-dentaire fasse l'objet d'un plan national d'action et se trouve ainsi inscrite au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLF) 2006 sous la forme d'une sous-action d'une action du programme de santé publique et prévention, ainsi « casée » à la suite du VIH/Sida, les hépatites, les maladies infectieuses graves, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, maladies rares et la santé mentale dont le suicide ...

La loi hospitalière de juillet 1991<sup>25</sup> a intégré à part entière l'Odontologie dans les activités des établissements publics de santé ; pour autant, les services dentaires hospitaliers, en plus d'être rares (21 services), sont souvent mal intégrés aux établissements hospitaliers dont ils dépendent et évoluent dans une sphère autonome.

De même, sur 22 Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), seuls 3 (Lorraine, Bourgogne, Réunion) comportent un volet Odontologie.

### **Des entreprises qui n'ont qu'un pied dans le volet conventionnel.**

Paramètre très structurant de la profession, seule une minorité des soins dentaires font l'objet d'une prise en charge publique. Les soins de base sont totalement remboursés par la Sécurité Sociale, mais in fine, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire n'est que de 30%, la couverture par les organismes complémentaires est de 35% et il reste 35% à la charge des ménages.

Une grande part de l'activité des chirurgiens-dentistes échappe ainsi au champ conventionnel. D'un point de vue tarifaire les chirurgiens-dentistes sont donc dans la situation de médecins en secteur 2 (qui ne représentent qu'un quart des médecins libéraux).

---

<sup>25</sup> LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière NOR: SPSX9000155L

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&dateTexte=>

### 3.3. La qualité dans les cabinets dentaires

« L'équipement d'un cabinet dentaire est aujourd'hui très important. L'avancée des savoirs et des technologies est de plus en plus rapide, ce qui oblige à une mise à niveau fréquente des matériels, mais également à une formation du praticien et des assistantes à la maîtrise des nouveaux équipements et techniques de travail.

La profession a initié, qui plus est dans un consensus certain, via l'Association Dentaire Française (ADF), des initiatives qui méritent l'attention, qui visent l'auto évaluation des professionnels et la structuration de la formation continue »<sup>16</sup>.

#### **La formation continue : une révolution ?**

Comme cela a été le cas pour les médecins, avec le décret du 2 juin 2006<sup>26</sup>, les chirurgiens-dentistes en exercice sont désormais soumis à une obligation de formation continue. Les chirurgiens-dentistes disposent de 5 ans pour totaliser 800 « crédits » de formation, avec un minimum de 150 « crédits » par an, ce qui correspond à environ 2,5 jours de formation par an. Si cette obligation a été dictée par l'Etat, c'est la profession qui a pris en main l'organisation et le contrôle de la formation, avec le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO) relayé dans chaque région par des Conseils Inter-régionaux de la Formation Continue Odontologique (CIRFCO), au sein des Conseils Régionaux de l'Ordre. Les Syndicats professionnels ont, pour certains, développé leur offre de formation continue. La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) s'est dotée d'un organisme de formation (l'UNAFOC) et l'Union des Jeunes Chirurgiens-dentistes (UJCD) a fait le choix de privilégier la formation continue conventionnelle (les thèmes de formation sont élaborés conjointement avec la Sécurité Sociale et les chirurgiens-dentistes qui y participent sont indemnisés).

Cependant, malgré cette appropriation de l'offre et de l'organisation de la formation par les institutions professionnelles, la majorité des praticiens serait encore très réticente. La formation obligatoire serait ressentie par certains comme une intrusion dans la philosophie libérale de la profession. En outre, il semble que les sanctions en cas de non-respect de l'obligation de formation ne soient pas encore prises au sérieux. Il est prévu que l'Ordre, via les CIRFCO, contrôle la bonne acquisition des crédits mais les sanctions ne sont pas encore déterminées. Il est donc trop tôt pour statuer sur le suivi de l'obligation de formation continue.

#### **La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**

Prévue par l'article 14 de la loi du 13 août 2004<sup>27</sup>, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) se met en œuvre. Les professionnels de santé disposant de 5 ans pour s'engager dans le dispositif.

---

16 Michel YAHIEL Lignes directrices pour une réforme dentaire Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires juillet 2001.

26 Décret n° 2006-652 du 2 juin 2006 relatif à la formation continue odontologique et modifiant la quatrième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires)  
NOR : SANP0620812D <http://admi.net/jo/20060603/SANP0620812D.html>

27 LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=>

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'inscrit pleinement dans le champ de la formation continue mais a une optique différente de la formation continue classique qui privilégie une approche pédagogique, et l'acquisition de nouvelles connaissances/compétences. L'EPP privilégie une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données de l'activité. Il s'agit d'évaluer les pratiques de chacun dans un but non normatif mais d'amélioration continue de la qualité des soins. Le dispositif vise en particulier à garantir l'actualisation des pratiques en fonction des avancées de la science.

C'est la Haute Autorité de Santé qui a la responsabilité de réguler ce dispositif nouveau dans le cadre d'une démarche partenariale avec les professionnels de santé, les instances représentatives et les structures professionnelles.

Pour les chirurgiens-dentistes, le dispositif est encore dans sa phase de conception et d'expérimentation ; il est vraisemblable qu'une grande majorité des praticiens n'a pas connaissance de ce dispositif. »<sup>21</sup>

### **3.4. Le référentiel « Qualité de service en dentisterie », de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire**

L'UFSBD est l'organisation officielle de la profession dentaire pour sensibiliser à la santé, la prévention et l'hygiène bucco-dentaire. Elle accompagne les chirurgiens-dentistes dans la réflexion sur l'évolution de leurs pratiques, d'un contrat de soin vers un Contrat de Santé Dentaire centré sur l'homme (patient et praticien) et la prévention.

La Certification AFAQ Service Confiance® : Qualité de Service en Dentisterie AFAQ AFNOR Certification et l'UFSBD se sont associés pour proposer une démarche de certification spécifique à la profession, applicable à tout cabinet dentaire, reconnue, en accord avec l'éthique de la profession. Elaboré par AFAQ AFNOR Certification (devenu en avril 2008 AFNOR Certification) avec des chirurgiens-dentistes, le référentiel a été validé par des représentants des patients et des organisations professionnelles avant d'être publié au JO le 24 août 2002.<sup>28</sup>

Le référentiel « Qualité de service en dentisterie », construit sur des objectifs de résultat concrets, comporte 15 engagements centrés autour de la satisfaction des patients : accueil, information, conseil du patient tout au long du traitement, prise en charge de la douleur, hygiène et sécurité du cabinet. :

1. Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine,
2. Garantir le respect des horaires de rendez-vous,
3. Établir et tenir à jour un dossier médical complet dans le respect des principes de confidentialité,
4. Aider le patient à se fixer des objectifs de santé dentaire,
5. Après un examen global, conseiller et expliquer les traitements à envisager,
6. Élaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé conformément aux objectifs,
7. Prendre en charge la douleur de manière systématique,

---

<sup>21</sup> Elsa RIGAL, Julie MICHEAU Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative Septembre 2007 Plein Sens Observatoire National des Professions de Santé pg 24-25

<sup>28</sup> <http://www.afaq.org/web/afaqinstit.nsf/volfr/actio1011>

8. Informer du déroulement des soins réalisés et assister le patient durant son traitement,
9. Recommander les techniques de maintenance,
10. Lutter contre les infections liées aux soins,
11. Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité,
12. Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux,
13. Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances,
14. Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients,
15. Prendre en compte et répondre systématiquement aux suggestions et réclamations.

### **3.5. Le Référentiel de Démarche Qualité des Cabinets Libéraux du Syndicat des Chirugiens–Dentistes d’Ille et Vilaine<sup>29</sup>**

En collaboration avec l’Union Régionale des Médecins Libéraux, et avec l’aide du Fonds d’Aide à la Qualité des Soins de Ville, le Syndicat des Chirugiens–Dentistes d’Ille et Vilaine a élaboré un référentiel « Démarche Qualité des Cabinets Libéraux ». La Haute Autorité de Santé a donné son accord de principe pour une base de l’Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en Ille et Vilaine sur les bases de ce référentiel. Cette démarche strictement volontaire s’appuie sur la méthodologie suivante :

1. Le Cabinet Dentaire réalise son état des lieux/auto évaluation en présence d’un Confrère et d’un Ingénieur Qualité, sur l’ensemble des 139 critères du référentiel.
2. Des pistes d’amélioration sont dégagées sur les différentes thématiques.
3. Le Cabinet fixe un plan d’amélioration en établissant un ordre de priorités des objectifs. Le nombre d’actions mises en œuvre doit être limité et de réalisation simple et correcte.
4. Un bilan à 6 mois est réalisé avec les mêmes intervenants pour actualiser le plan d’amélioration.

## **4. Les Assurances Maladie Complémentaires**

### **4.1. Rôle des Assurances Maladie Complémentaires**

« Les assurances complémentaires permettent de gérer, selon une logique souvent intermédiaire entre pure assurance et pure solidarité, une couverture qui complète celle des régimes de base, eux-mêmes correspondant logiquement au périmètre de solidarité choisi par la Nation. »<sup>30</sup>

<sup>29</sup> L’expérience bretonne Le Chirurgien –Dentiste de France n° 1333/1334 du 24/01/08 pg 20-22

<sup>30</sup> Robert LEBLANC Quelques repères Peut-on réformer l’assurance santé ? Risques n°58 Juin 2004 pg 20

« Le financement des dépenses de santé est aujourd'hui réalisé par l'addition de l'intervention de deux acteurs : les Assurances Maladie Obligatoires (AMO) et les Assurances Maladie Complémentaires (AMC).

Les Assurances Maladie Complémentaires se sont progressivement développées.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, est entrée en vigueur la loi du 27 juillet 1999<sup>31</sup> créant la Couverture Maladie Universelle (CMU) octroyant la protection sociale à ceux que l'on avait coutume d'appeler les *exclus de la protection sociale*».

La véritable et fondamentale novation se situe dans la mise en place d'une assurance complémentaire gratuite pour la fraction la plus pauvre de la population ; le plafond d'octroi de la CMU-Complémentaire se situe au niveau du seuil de pauvreté tel que défini par l'INSEE.

Avec la création de la CMU-Complémentaire, le législateur a reconnu de façon explicite un phénomène jusque-là implicite, à savoir que pour avoir accès aux soins il est nécessaire, en particulier pour les plus pauvres, de disposer à la fois d'une assurance de base et d'une assurance complémentaire. Aujourd'hui on peut estimer à environ 92% la proportion des assurés ayant une complémentaire santé.

Le rôle des Assurances Complémentaires est extrêmement variable selon la dépense. Il est presque marginal en matière d'hospitalisation (à l'exception du forfait journalier hospitalier) ; il est très fort, voire même prépondérant, en matière de prothèses dentaires.

La loi du 13 août 2004<sup>24</sup> officialise le rôle des complémentaires santé dans le financement des dépenses de santé. En premier lieu, par la création de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM), qui se veut le symétrique de l'Union des régimes de base (UNCAM). L'idée qui prévaut est, de façon très résumée, que les Assurances Maladies Obligatoires décident, de l'admission au remboursement, ainsi que du taux de remboursement de tout acte médical, mais après avoir recueilli l'avis des Assurances Complémentaires. Une Haute Autorité de Santé (HAS) éclaire sur le plan médical cette décision ; toutefois, elle ne peut devenir efficiente que par la coordination de l'action des AMO et des AMC.

En second lieu, la loi indique dans son article 57 que les exonérations fiscales et sociales, dont bénéficient certains contrats d'Assurances Complémentaires, sont subordonnées au respect de règles fixées par décret en Conseil d'État, après avis de l'UNCAM et de l'UNOCAM. Avec cette disposition est introduite la notion de contrats responsables. Ceci veut dire que le législateur souhaite que l'action des Assurances Complémentaires soutienne les efforts de régulation des régimes de base et que l'on ne saurait encourager a fortiori, à partir des dépenses publiques, des dépenses tous azimuts qui aggraveraient des comportements de consommation non responsables.

En troisième lieu, la Loi crée un mécanisme de crédit d'impôt. Il s'agit ici d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, destinée à une frange de la population qui se situe juste au-dessus du plafond d'octroi de la CMU-Complémentaire.

Les Assurances Maladie, qu'elles soient de base ou complémentaires, sont des outils au service de la santé publique, l'étendue des garanties variant de la prise en charge du seul ticket

---

31 LOI no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (rectificatif)

NOR: MESX9900011Z

[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=2081CB79521AB714E7B20D9F5ACADF10.tpdjo17v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000213368&dateTexte=](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=2081CB79521AB714E7B20D9F5ACADF10.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000213368&dateTexte=)

24 LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=>

modérateur au remboursement total ou partiel des frais non remboursés par la Sécurité Sociale.

Les sociétés d'assurances participent aussi à la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU), qui concerne 4,5 millions de personnes dont 105 000 gérées par les Compagnies d'Assurances, revenant ainsi aux origines du système qui organisait une solidarité de base avec les plus démunis. »<sup>32</sup>

« Une question fondamentale peut-être posée. Quelles sont les dépenses de santé qui doivent, ou peuvent, relever exclusivement d'un financement direct par les ménages ? Pour évoquer un exemple caricatural, on peut évoquer les dentifrices fluorés : personne ne conteste le rôle de ce type de produit dans la prévention des caries dentaires ; pour autant aucune Assurance Complémentaire n'est allée jusqu'à proposer leur prise en charge.

L'observation qui découle de cet exemple est simple : il est des dépenses qui peuvent être considérées comme des dépenses de santé, mais qui ne doivent relever que du choix des individus. »<sup>33</sup>

« Les organismes d'assurances interviennent, d'après les comptes nationaux de la santé pour plus de 35% des frais dentaires, dont ils sont les premiers financeurs. »<sup>34</sup>

## **4.2. La demande convergente des Assureurs Complémentaires quant à l'accès aux données des feuilles de soins**

### **4.2.1. La situation actuelle des assureurs complémentaires quant à l'accès aux données**

L'accès aux données est aujourd'hui restreint par le regroupement opéré dans les demandes de remboursement

Dans le cadre de l'actuelle Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)<sup>20</sup>, les demandes de remboursement électronique reçues par les Assureurs Complémentaires comportent pour les actes médicaux la lettre-clé, le volume ainsi que la majoration éventuelle (nuit, urgence, férié).

Dans la nouvelle nomenclature, dite Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)<sup>21</sup>, qui a commencé à se substituer à la NGAP à partir de 2004, il est prévu, pour la transmission aux Assureurs Complémentaires, que les quelques 7000 actes techniques médicaux et dentaires de cette classification soient regroupés en une quinzaine de postes, alors que les Assureurs Obligatoires recevraient le détail des actes au niveau le plus fin de la nomenclature. Par ailleurs, les Assureurs Complémentaires n'ont pas non plus accès aux données anonymisées désormais disponibles dans le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie Obligatoire (SNIIRAM). Cet accès est juridiquement possible, en

32 Robert LEBLANC Quelques repères Peut-on réformer l'assurance santé ? Risques n°58 Juin 2004 pg 20

33 Jean François CHADELAT Les enjeux du financement de la santé Revue Française d'administration publique n° 113 2005 pg 71

34 Les sociétés d'assurances et la santé Revue Assurer n°23 10 mars 2004

20 Nomenclature Générale des Actes Professionnels [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP\\_mars2008.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP_mars2008.pdf)

21 Classification Commune des Actes Médicaux

[http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/index\\_presentation.php?p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/index_presentation.php?p_site=AMELI)

application du chapitre V ter de la Loi Informatique et Libertés<sup>36</sup>, avec l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL); mais les Assureurs n'ont pas aujourd'hui formulé une telle demande auprès de la Commission.

#### **4.2.2. Les motifs de la demande**

Les Assureurs Complémentaires désirent disposer des informations nécessaires pour moduler les garanties proposées dans les contrats, et plus se trouver dans une situation de payeur aveugle.

Les Assureurs Complémentaires désirent réduire les coûts de gestion et les délais liés aux flux papier en accédant aux données de santé par télétransmission.

Les Assureurs Complémentaires participeront, via leurs contrats, à la maîtrise des dépenses de santé et à la qualité du système de soins.

### **5. Les usagers du Système de Santé Bucco-Dentaire Français**

#### **5.1. Les Français et leur chirurgien-dentiste**

Une étude réalisée en 2004 pour l' Association Dentaire Française (ADF) apporte un éclairage sur la santé dentaire des Français et l'image qu'ils ont de leur chirurgien-dentiste.

Quelques chiffres pour dresser un état des lieux :

Dernière visite chez le dentiste :

- 61% des Français ont vu leur chirurgien-dentiste il y a moins d'un an ; (65% en 2001 et 60% en 1997).

Principales catégories qui ont fréquenté leur chirurgien-dentiste :

- les femmes (64%, pour 59% des hommes),
- les moins de 50 ans (64%, pour 58% des 50 ans ou plus),
- les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées (67%, pour 60% parmi les autres catégories).

Au total, près de 4 Français sur 10 n'ont pas vu de chirurgien-dentiste cette année.

Motifs de la visite : soins préventifs et soins curatifs :

- Seulement 36% des Français ont vu un chirurgien-dentiste cette année pour des soins préventifs et autant pour des soins curatifs.

Les motifs de visite diffèrent selon 2 critères principaux : le sexe et l'âge.

- Ainsi les femmes y vont-elles pour des soins curatifs (63%, pour 50% chez les hommes),
- notamment pour y soigner une carie (31%, pour 21% chez les hommes),
- ou extraire une ou plusieurs dents (12%, pour 8% chez les hommes),
- quant aux hommes, ils déclarent s'y rendre pour des motifs de prévention (64%, pour 52% chez les femmes),
- notamment pour effectuer une visite de contrôle (32%, pour 23% chez les femmes),
- enfin, les soins les plus lourds sont plus fréquemment pratiqués parmi les plus de 50 ans que les plus jeunes, notamment en ce qui concerne la pose de prothèse, (40%, pour 15% parmi les moins de 50 ans) et les extractions de dents (12%, pour 8% parmi les moins de 50 ans).

---

36Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 Loi relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés [http://www.lexinter.net/lois/loi\\_informatique\\_et\\_liberte.html](http://www.lexinter.net/lois/loi_informatique_et_liberte.html) n° 78-17 du 6 janvier 1978

Seulement un interviewé sur deux considère qu'il faut emmener un enfant chez le chirurgien-dentiste aussi régulièrement que chez le pédiatre. Une opinion plus répandue parmi les personnes âgées de plus de 50 ans (54%) et parmi celles qui ont consulté leur chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois (51%).

#### Le dialogue patient-dentiste

Le dialogue se limite le plus souvent au motif de la visite :

- seulement 1 Français sur 5 affirme avoir répondu à un questionnaire médical (questionnaire portant sur la santé du patient et les traitements suivis),
- 7 Français sur 10 ne parlent jamais de leur santé générale avec leur chirurgien-dentiste ni ne lui signalent d'éventuels problèmes de santé,
- Enfin, 9 personnes interrogées sur 10 ne demandent aucun conseil au chirurgien-dentiste, hormis tous ceux qui concernent directement leur bouche »<sup>37</sup>.

## **5.2. Complémentaire Santé : 13% des Français sont satisfaits des remboursements dentaires**<sup>38</sup>

Selon le dernier baromètre du Centre Technique des Institutions de Prévoyance, 68 % des Français estiment payer le juste prix pour leur Complémentaire Santé, mais seulement 13 % sont satisfaits des remboursements dentaires et optiques.

37 % seraient prêts à payer davantage et 14 % à être moins remboursés sur d'autres postes de dépenses afin d'améliorer la situation.

Les 2 principaux postes pour lesquels le remboursement de la complémentaire santé est indispensable sont le dentaire et l'optique. Il n'y a que pour les frais dentaires et optiques qu'une proportion importante (47%) de salariés se renseigne toujours sur les coûts avant d'engager les soins.<sup>39</sup>

## **5.3. Le renoncement aux soins bucco-dentaires**<sup>40</sup>

La santé bucco-dentaire est un domaine où l'on observe de fortes inégalités sociales. Elles peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène dentaire, alimentation, ...), mais aussi en partie par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière. Les individus qui renoncent à se soigner sont ceux pour qui l'effort financier est important, parce que leurs revenus sont modestes ou qu'ils ne possèdent pas de couverture complémentaire. Le renoncement (action de renoncer à quelque chose qui plaît) aux soins est d'autant plus important, à capacité financière identique, que l'état de santé est dégradé (ce qui implique des soins nécessaires importants). A état de santé et revenu identiques, le

---

37 Michel MURINO, Nadia AUZANNEAU Département Santé [http://www.tnssofres.com/etudes/sante/021204\\_dentiste](http://www.tnssofres.com/etudes/sante/021204_dentiste) 2 décembre 2004

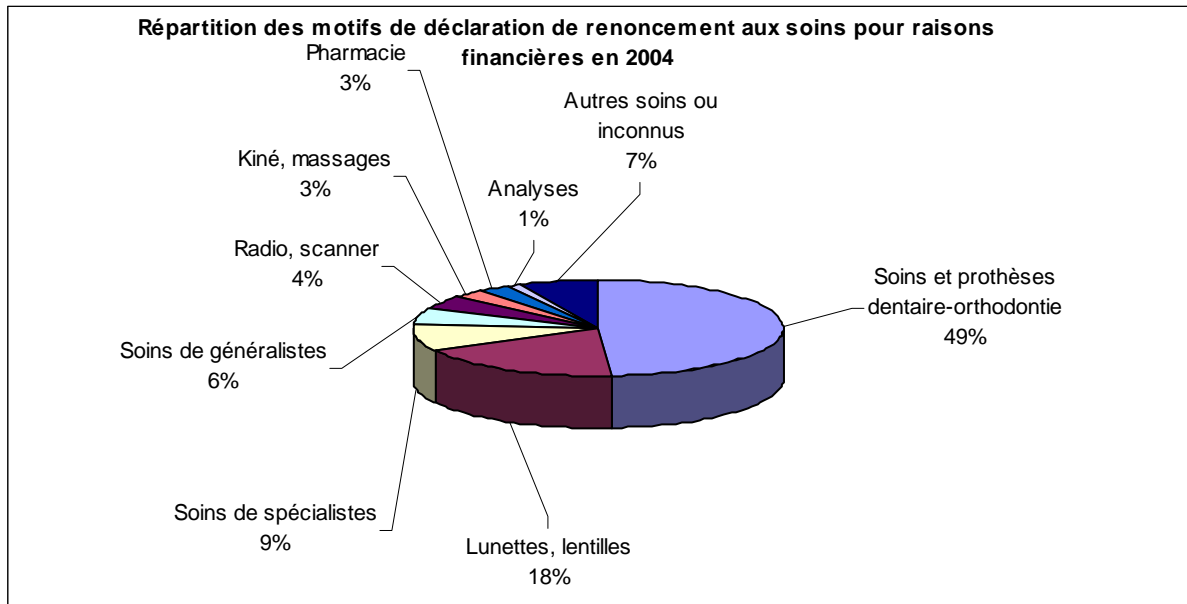
38 <http://www.lesechos.fr/patrimoine/famille/200058880.htm>

39 Enquête CTIP/CREDOC L'opinion des salariés et des employeurs sur la complémentaire santé et les réformes de l'assurance maladie 22 février 2008

40 Sylvie Azoguy-Levy, Thierry Rochereau Comportement de recours aux soins et santé bucco-dentaire Exploitation de l'enquête Santé et Protection Sociale 2000 Bulletin d'information en économie de santé n° 94 mai 2005 : questions d'économie de la santé Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

renoncement aux soins augmente avec le niveau d'études, ce qui traduit sans doute une demande de soins et de réhabilitation différente.

Quel que soit le niveau de revenu, les individus qui recourent aux soins déclarent plus fréquemment un renoncement. Les renoncements ont donc lieu aussi en cours de soins et ne sont pas seulement l'expression d'un non recours.



**Figure 6 : Répartition des motifs de déclaration de renoncement aux soins pour raisons financières en 2004**

Il subsiste de fortes inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire. De nombreuses études montrent la situation particulièrement préoccupante de la santé bucco-dentaire parmi les populations les plus précaires.

Les inégalités de santé bucco-dentaires se doublent de fortes disparités dans le recours aux soins. Il faut rappeler que ce secteur présente des particularités par rapport au reste des soins, notamment une couverture faible par le régime obligatoire, qui laisse des sommes élevées à la charge des individus, et donc un rôle important de la couverture complémentaire pour solvabiliser la dépense.

#### **5. 4. Asymétrie de l'information du patient**

« Mis à part quelques cas, le patient n'est pas un consommateur de soins, car il ne sait pas apprécier la qualité de la prestation ou du traitement qu'il va recevoir ; parfois même, il a du mal à apprécier son efficacité.

Cette asymétrie de l'information a pour conséquence qu'il ne peut y avoir de « marché de la santé » comme il y en a pour l'automobile ou les vêtements. Il existe des échanges économiques majeurs sur la santé, mais il n'y a pas de marché où jouerait une libre concurrence et où l'on apprécierait un produit en fonction du rapport qualité/prix recherché.

Il faut des systèmes organisés collectivement pour faire prévaloir la qualité pour permettre à l'utilisateur de l'apprécier.

« La Loi du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé »<sup>41</sup> s'annonce comme l'expression de revendications formulées, lors des États Généraux de la Santé, quant à la place et au rôle que veulent et doivent désormais jouer les usagers. Et il est vrai que, jusqu'à récemment, l'usager entré dans le monde médical, n'avait que le droit d'acquiescer silencieusement.

## **5.5. Quels besoins de soins bucco-dentaires ?**<sup>42</sup>

Le plus important, quand on est un homme politique, c'est que les gens soient en bonne santé, morale et physique. Il faut arrêter de parler de santé uniquement en termes de maîtrise financière, d'aspect économique sans se préoccuper des pratiques elles-mêmes.

Quels sont les besoins en soins dentaires ?

On peut identifier les besoins de demain et définir 3 groupes de besoins. Il y aura une population précaire, fragile, qui a besoin d'un plateau technique lourd (handicapés, malades chroniques....) qui va croître et représentera environ 10% de la population (au moins 6 millions de personnes). Il y aura à côté une population, dont le nombre est croissant, qui n'a plus les besoins classiques de *soins* dentaires, mais des besoins de *santé* dentaire, ce qui n'est pas la même chose. Cette population est très importante. Elle est de plus de 30 millions d'individus, soit la moitié de la population française, et elle continuera d'augmenter de façon énorme. C'est mathématique : aujourd'hui il y a plus de 60% des enfants de 12 ans qui n'ont rien aux dents. C'est une tendance lourde qui va s'amplifier. Les gens feront plus attention à leur santé, mais ils auront d'autres besoins. Et il y a le reste de la population, 20 à 25 millions de personnes qui auront besoin de soins dits classiques.

## **6. Les interactions entre les différents acteurs du Système de Santé Bucco-Dentaire Français**<sup>43</sup>

### **6.1. Les interactions entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les chirurgiens-dentistes : la politique conventionnelle, ses ambitions, ses limites**

Les relations entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les professionnels de santé sont au carrefour de bon nombre de problématiques qui agitent le système de soins et le système d'Assurance Maladie dans leur ensemble : qu'il s'agissent du partage des compétences entre les différents acteurs (pouvoirs publics, Assurances Maladie Obligatoire ou Complémentaires, collectivités territoriales, syndicats de professionnels de santé...), des intérêts des patients etc.

#### **6.1.1. Le contexte historique des conventions nationales**

Les conventions avec les professions de santé sont nationales depuis les années 1970, au lendemain d'un accord conclu entre les principaux syndicats médicaux et le Premier Ministre. Avec cet accord, les pouvoirs publics prenaient des engagements envers la profession

---

<sup>41</sup> LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé NOR : MESX0100092L  
<http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>

<sup>42</sup> Patrick HESCOT L'information dentaire n°17 25 avril 2007 pg 915

<sup>43</sup> Michel REGEREAU La politique conventionnelle : ses ambitions et ses limites Revue Française d'administration publique N° 113 2005 pg 75

médicale, notamment en termes d'avantages fiscaux ou sociaux et, en contrepartie, ils lui reconnaissaient une mission que l'on peut qualifier de service public, celle des soins ambulatoires. Restait alors à concilier médecine libérale et prise en charge collective : là est bien l'enjeu des conventions nationales.

L'enjeu de l'évolution conventionnelle de ces dernières années : faire des accords conventionnels un levier pour une meilleure organisation des soins, pour le développement de pratiques de qualité et enfin pour une régulation du système produisant des soins au meilleur coût.

### **6.1.2. La Loi du 13 Août 2004 et la nouvelle gouvernance de l'Assurance Maladie Obligatoire<sup>44</sup>**

Ce texte rappelle les valeurs fondatrices de l'Assurance Maladie Obligatoire. Il précise aussi le rôle des différents acteurs et leur complémentarité, et reconnaît le levier que constitue le partenariat entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les professionnels de santé pour garantir aux citoyens des soins continus, coordonnés et de qualité. Il replace également ce partenariat dans une gouvernance redéfinie qui mérite quelques développements. Ainsi l'État doit-il être le garant des principes généraux du système d'Assurance Maladie et du système de soins. Il doit être garant de l'égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens. Cette fonction politique de l'État est essentielle ; c'est une fonction de stratégie qui permet de fixer la politique de santé et les priorités sanitaires que les Lois de financement de la Sécurité Sociale doivent ensuite traduire.

Quant à elle, l'Assurance Maladie Obligatoire joue un rôle d'opérateur et d'acteur de l'organisation du système de soins, via notamment ses relations avec les professionnels de santé au plan national comme au plan régional.

Le Parlement a transféré à l'Assurance Maladie Obligatoire des responsabilités nouvelles qui étaient jusqu'alors assumées par l'Etat. En particulier, ce sera à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) de définir ce que la collectivité va prendre en charge et le niveau de prise en charge. L'UNCAM dispose des éclairages de la Haute Autorité de Santé pour procéder aux arbitrages qui lui reviennent désormais : il lui faut donc convaincre les assurés sociaux du bien fondé de ces arbitrages et surtout faire de ceux-ci des acteurs impliqués dans le changement. La loi du 13 août 2004 a d'ailleurs renforcé le rôle général dévolu aux Caisses d'Assurance Maladie en matière d'information aux assurés.

C'est donc en toute logique que la compétence de l'Assurance Maladie Obligatoire en matière de relations conventionnelles avec les professionnels de santé a été réaffirmée. Au sein de ce champ de compétence de l'Assurance Maladie Obligatoire, la nouveauté majeure réside dans la répartition, redéfinie, des compétences respectives du conseil de l'UNCAM, et de son directeur général. Il appartient au conseil de fixer les orientations des négociations conduites avec les syndicats de professionnels de santé. Le directeur général a ensuite pour rôle de rendre opérationnelles ces orientations et de leur donner corps par la voie de la contractualisation avec les professionnels.

### **6.1.3. Objectifs et enjeux de la nouvelle organisation**

Le conseil de la CNAMTS est composé des partenaires sociaux – syndicats de salariés et organisations patronales – aux côtés desquels siègent des représentants de la Mutualité Française et de diverses institutions, dont des associations de malades et d'usagers du système de soins. Tous ensembles sont légitimes en tant que porte-parole des intérêts des assurés

<sup>44</sup> LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance\\_maladie.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance_maladie.asp)

sociaux et des financeurs. C'est dans cet esprit qu'il leur revient de fixer les orientations des négociations conventionnelles, autrement dit d'exprimer les revendications de la collectivité envers les professionnels, celles qui permettent de concilier une organisation de soins efficace, garante de sa qualité, transparente, compréhensible par les patients et, en même temps, compatible avec le cadre macro-économique fixé par le Parlement. Autrement dit, les négociateurs de l'Assurance Maladie Obligatoire ont une double obligation au travers de ce partenariat : garantir la qualité du système de soins, mais aussi son efficacité, c'est à dire le meilleur soin au meilleur coût.

## **6.2. Les interactions entre l'Assurance Maladie Complémentaire et les usagers du système de santé dentaire français**

### **6.2.1. Le marché de la santé n'est pas un marché comme les autres<sup>45</sup>**

L'utilisation des techniques de gestion du risque est inéluctable dans le domaine de la santé. Il ne faut pas en conclure que l'assurance maladie sera demain l'eldorado des sociétés d'assurances.

Pour traiter du risque santé, il importe de réfléchir aux particularités du marché de la santé, et donc de se poser la question suivante : le marché du financement des frais médicaux est-il ou non différent du marché des assurances automobiles, de l'assurance dommage ? Si oui, pourquoi et quelles conséquences cela peut-il avoir ?

La mise en place de la CMU-Complémentaire a augmenté le coût moyen du risque des autres assurés et peut-être exclu du marché un certain nombre de gens. Résultat : les assurances sont contraintes, elles ne font plus concurrence.

Pour des raisons de sécurité des malades et de complexité de l'exercice médical, la mise en place de référentiels de pratiques HAS gère le risque thérapeutique ; les assureurs commencent à gérer ce risque dans leur domaine de compétence, notamment le risque dentaire.

### **6.2.2. Place de l'Assurance Maladie Complémentaire dans la couverture du risque « santé dentaire »**

« Plusieurs observateurs notent que le développement des organismes complémentaires est proportionnel au degré de désengagement des organismes maladie obligatoire. »<sup>46</sup>

L'affiliation à une Assurance Maladie Obligatoire (la Sécurité Sociale) ne suffit plus à garantir le libre accès aux soins que la Nation souhaite offrir à ses citoyens.

Les difficultés financières récurrentes de l'Assurance Maladie Obligatoire cherchent à cantonner cette dernière dans une sorte de réduit, dont la dénomination est variable.

Le rôle de l'assurance privée est de pure complémentarité, c'est à dire que les organismes d'assurance privée n'interviennent jamais au premier Euro (sauf exception pour les

---

<sup>45</sup> Jean de Kervasdoué Revue Risques : les cahiers de l'assurance n°21 1995

<sup>46</sup> www.local attac.org

travailleurs frontaliers ou expatriés). Leur remboursement vient seulement compléter celui de l'Assurance Sociale à un niveau qui est d'ailleurs loin de couvrir 100 % des frais réels.

Au fil des plans successifs de rééquilibrage de la branche maladie de la Sécurité Sociale, le taux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance publique a eu tendance à se réduire. L'assurance privée a vu ainsi s'étendre la zone de complémentarité dans laquelle il lui est permis d'intervenir.

L'assurance maladie privée joue ainsi un rôle plus que proportionnel à la place qu'elle occupe dans le système de santé. Elle constitue en quelque sorte une « soupape » permettant des ajustements de la couverture publique sans réduction intolérable de l'accès aux soins.

L'Assurance Maladie joue un rôle de solvabilisation de la demande de soins. Qu'elle soit publique ou privée, elle est ressentie comme une nécessité, car elle est une condition de l'accès aux soins.

Le problème est dès lors, non pas de limiter ou d'interdire le recours à l'assurance en vue d'une hypothétique limitation de la demande de soins, mais de faire contribuer le mieux possible le système d'assurance santé dans son ensemble à l'effort commun pour soigner mieux en dépensant moins.

### **6.2.3. Les plate-formes téléphoniques**

#### **6.2.3.1. Les « call-centers » des Assurances Maladies Complémentaires au service de la santé ? <sup>47</sup>**

Au cours des années 2000, les Assureurs Complémentaires ont voulu partir seuls dans l'aventure, pour ne pas partager des informations stratégiques sur les attentes des publics cible. Les demandes des assurés devaient permettre d'élaborer les produits d'assurance de demain. Il reste que les coûts de ces dispositifs sont tels que la grande majorité des assureurs ont mis leur expérience de la technologie « plate-forme téléphonique » au service d'autres acteurs, assureurs ou non. Ils ont fait appel à des prestataires externes pour la gestion de la plate-forme, ayant constaté que le contenu informatif en santé a un coût et que l'assuré français, s'il a de fortes demandes, n'a pas été habitué à payer pour un tel service. Cela leur permet de réaliser des économies d'échelle en particulier sur le contenu et les bases de données.

#### **6.2.4.2. Santéclair <sup>48</sup>**

*Santéclair* est une société spécialisée dans la gestion du risque santé qui travaille pour les complémentaires en les accompagnant dans l'amélioration de la prise en charge de leurs assurés santé.

Cette entreprise est issue de la fusion de *Santé Conseil Service* et de *Hausmann Conseil Santé*. Donc aujourd'hui, les clients de *Santéclair* sont les clients en complémentaire santé des AGF, de MAAF-MMA, QUATREM, ces entités réunies formant une holding qui détient le capital de *Santéclair*, et d'autres clients dont certains sont aussi dans le capital, comme des institutions de prévoyance : IPK, *Médéric*, *Malakoff*, ou des mutuelles : *Mieux-Etre*, OMNIREP ou UNMI.

<sup>47</sup> [http://www.medcost.fr/html/internet\\_medical\\_si/si\\_231100a.htm](http://www.medcost.fr/html/internet_medical_si/si_231100a.htm)

<sup>48</sup> <http://www.santeclair.fr/web/home.html>

### Santéclair communique sur quelques chiffres :

- 4 millions d'assurés santé bénéficient des services offerts par *Santéclair* ;
- 1000 opticiens, 2700 chirurgiens-dentistes orthodontistes et stomatologues, 500 pharmacies font partie des Réseaux Partenaires de *Santéclair* ;
- 100 000 orientations par an vers les Réseaux partenaires, 110 000 accords de tiers-payant traités et contrôlés ;
- une plate-forme téléphonique ouverte 6 jours sur 7 de 9h00 à 19h30 ;
- Plus de 350 000 appels traités chaque année ; 92 % de taux de décroche en moins de 3 sonneries ;
- 40 conseillers santé au service des assurés ;
- 95% des actes en dentaire et 98 % des verres existants sont référencés dans les bases de données de *Santéclair*.

Ainsi aujourd'hui, puisque l'ensemble de ces entités n'a pas basculé l'ensemble de son portefeuille sur *Santéclair*, *Santéclair* s'adresse à 5 millions de clients. Ce sera peut-être plus dans quelques temps.

Que fait *Santéclair* par rapport à ces clients<sup>49</sup> ?

*Santéclair* a d'abord lancé un système d'analyse de devis : 12 millions de clients peuvent bénéficier de ces systèmes d'analyse de devis.

Deuxième aspect, des réseaux de professionnels de santé partenaires : aujourd'hui, près de 1.000 opticiens, 2.700 chirurgiens-dentistes partenaires, et 50 000 orientations par an.

Troisième aspect, qui est peut-être moins connu mais qui pour *Santéclair* est essentiel, l'aide aux complémentaires Santé pour élaborer des garanties qui soient des garanties plus proches du risque, plus proches des besoins de santé des clients.

Si *Santéclair* propose aux usagers de santé des réseaux de professionnels de santé partenaires, ils doivent être attractifs pour ces clients en termes de prix, en termes de services mais aussi d'autres types de services, des garanties d'entretien, de durabilité, une accessibilité, donc des services voire des garanties qualité.

*Santéclair* c'est aussi du marketing pour orienter les clients. Les professions de santé ont cette spécificité qu'elles ne peuvent pas faire de publicité ; par rapport à cela, pour *Santéclair* il est très intéressant quand même d'avoir un accord avec une plate-forme comme celle-ci puisqu'elle peut faire de la publicité vis-à-vis de ses clients sur ces professionnels de santé, bien sûr en respectant des règles (il n'y a pas le droit de diffuser des listes, il y a tout un encadrement juridique), mais même, bien entendu en respectant ces règles, c'est le cas, il y a une capacité à orienter vers certains partenaires qui ont signé avec *Santéclair* à travers cette plate-forme téléphonique. Donc cet aspect marketing est aussi important.

Dernier point qui est important à comprendre : *Santéclair* ne cherche pas à contractualiser avec tous les professionnels de santé. Ce n'est pas comme la Sécurité Sociale ou par exemple un opérateur de tiers payant à dimension plus technologique qui voudrait avoir un réseau de tiers payant France entière le plus étendu possible. L'idée, c'est d'avoir un réseau avec un bon maillage, donc il ne faut pas non plus qu'il soit trop restreint. Le bon niveau de maillage permet aux professionnels de santé qui signent avec *Santéclair* d'avoir l'espérance, et puis au-delà de l'espérance, la concrétisation d'avoir beaucoup de clients grâce à *Santéclair*. Si *Santéclair* signait avec tout le monde, il n'obtient pas du tout le résultat escompté. Ainsi ce sont bien des partenaires en nombre limité que cherche *Santéclair*, et ces partenaires en nombre limité vont accepter des concessions sur le prix, sur les engagements qualité, sur des services client en échange de volumes. C'est un grand classique dans le domaine des affaires, ce sont à la base des accords prix/volume, et tous les échanges de *Santéclair* vont être

<sup>49</sup> [http://www.eurogroup.fr/pdf/fr/aps\\_cr130303.pdf](http://www.eurogroup.fr/pdf/fr/aps_cr130303.pdf)

structurés par cette façon d'exercer leur métier. De ce fait, c'est une approche ciblée, et *Santéclair* n'a pas ensuite les mêmes problèmes pour communiquer avec les professionnels de santé. Lorsqu'une société spécialisée dans la gestion du risque santé ne signe qu'avec 10% des opticiens, des chirurgiens-dentistes ou peut-être bientôt des pharmaciens ou des vendeurs des magasins pour les prothèses auditives, il faut réussir derrière à orienter vers eux un nombre important de clients qui fait que cette société fait quelque chose pour eux ; les difficultés de communication avec ces partenaires vont ainsi devenir faibles.

*Santéclair* réalise un contrôle tout simple, après avoir signé un certain tarif dans une ville sur une couronne céramo-métallique, au moment de la demande de prise en charge, *Santéclair* contrôle que ce partenaire dans cette ville-là a bien proposé au client la prestation au prix qui avait été préalablement négocié avec lui..

En plus de l'outil de contrôle tarifaire *Santéclair* dispose aussi d'un outil sur la prestation elle-même ; si *Santéclair* a demandé des engagements de qualité aux praticiens, il souhaite faire un contrôle qualité, le Conseil de l'Ordre s'oppose à ce type d'approche. *Santéclair* déclare qu'il peut le faire a posteriori, c'est-à-dire demander des radios, se rendre compte de ce qu'il y a dans la prestation.

### **6.2.4.3. TelSanté**

*Télsanté* est la plate-forme téléphonique des Assurances du Crédit Mutuel.

A l'été 2000, les Assurances du Crédit Mutuel réalisent une enquête sur les tarifs proposés par les chirurgiens-dentistes dans le but de proposer de nouvelles garanties à leurs assurés. Dans le même temps les Assurances du Crédit Mutuel intègrent dans leur équipe un chirurgien-dentiste consultant non subordonné, formateur des équipes commerciales et des télé-opérateurs-rédacteurs de la future plate-forme téléphonique, également participant actif aux réunions de développement de nouveaux produits d'assurance.

En 2001, les Assurances du Crédit Mutuel créent une plate-forme téléphonique dédiée à répondre aux questions des assurés concernant leurs devis dentaires et optiques, leur garanties contractuelles, et également dédiée aux questions des collaborateurs des Caisses locales de Crédit Mutuel dans le cadre d'une mission précise : « Être au service de l'assuré », ceci dans le respect du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes, ne créant pas de réseau de praticiens et n'interférant pas dans les plans de traitement proposés par les praticiens.

#### *Télsanté* communique sur quelques chiffres :

Une plate-forme téléphonique ouverte 6 jours sur 7.

Le service rendu à l'assuré est objectivé par l'analyse de l'activité de *Télsanté* : le conseil donné sur 25% des propositions de traitement étudiées, contribue à 25% de diminution constatée du reste à charge pour l'assuré.

## **6.3. Les interactions entre l'Assurance Maladie Complémentaire et les chirurgiens-dentistes**

### **6.3.1. Tout reste à faire <sup>49</sup>**

---

49 Roland L'HERRON Éditorial Chirurgien-Dentiste de France 8 février 2007 n°1290

En créant l'UNOCAM, la réforme de l'Assurance Maladie d'août 2004 a reconnu le rôle joué par l'Assurance Complémentaire dans la couverture santé en France. Un observatoire, chargé d'étudier l'évolution des dépenses dentaires – auquel participera l'UNOCAM – a été acté dans le texte conventionnel.

L'Assurance Complémentaire n'entend certainement pas rester le payeur aveugle d'antan, ni un simple gestionnaire de prestations, si l'on en juge par son implication dans la prévention à laquelle elle participera financièrement, en contrepartie d'engagements de qualité et de transparence des honoraires.

Tout reste donc à construire avec l'Assurance Complémentaire, et le rôle de syndicat responsable (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires CNSD) est d'anticiper et de participer en tant que partenaire à ce nouvel ordonnancement institutionnel qui est en train de se mettre en place.

La CNSD a été le partenaire innovant des secteurs témoins et expérimentaux avec la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, la Mutuelle de la Fonction Publique, la Mutuelle Sociale Agricole-Mutualia. La CNSD veut mettre à profit le capital confiance qu'elle a acquis, pour développer les partenariats en « contrats collectifs ouverts » qui ont fait leurs preuves.

La CNSD s'engage à étudier les propositions de l'Assurance Complémentaire pour la prise en charge de nouveaux actes en nous appuyant sur le référentiel de la Classification Commune des Actes Médicaux.

#### **6.4. Les interactions entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire**<sup>50</sup>

Le marché de l'Assurance Complémentaire s'est fortement accru. Il accompagne le déremboursement progressif des dépenses de santé. L'effet a été mécanique du fait des dépassements des chirurgiens-dentistes.

En pourcentage des dépenses globales, la part des dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire décroît régulièrement. Mais le phénomène cache deux effets qu'il est important de distinguer. Le premier est un meilleur taux de remboursement des dépenses hospitalières, le second est par contre une détérioration très sensible du remboursement des soins de ville, des médicaments et plus particulièrement des prothèses dentaires.

Quelle soit privée ou obligatoire, il s'agit d'assurance au premier €uro.

Mathias Matallah reprend les réflexions de Robert G Evans (« The economics of Canadian Health Care » Butterworth 1984).

---

50 Jean de Kervasdoué L'assurance santé complémentaire : le piège et comment s'en sortir Risques Les Chiers de l'Assurance N°21 Janvier-Mars 1995 pg 103

### Les économies d'échelle

Elles sont considérables. La gestion administrative du risque coûte en France à l'Assurance Maladie Obligatoire de l'ordre de 6% de l'ensemble du risque, ce coût est de 2% au Canada et de 10 à 20% pour les assurances privées nord-américaines. En effet, outre les coûts purement administratifs de toute procédure de remboursement, les assurances privées doivent déployer une force commerciale, ce qui n'est pas le cas des régimes uniques et obligatoires, comme la Sécurité Sociale en France.

### L'antisélection

Tout système d'Assurance Santé, en particulier dans les contrats groupes, est un système de redistribution entre les malades et les bien-portants. Toutefois, si une personne connaît approximativement sa probabilité d'être malade, ceci plus facilement pour un état bucco-dentaire, elle sortira du programme si cette probabilité est faible. Le coût moyen pour l'assureur augmentera, ce qui contribuera à faire sortir du marché de nouveaux adhérents. Cela pousse les Sociétés d'Assurance, une fois qu'elles ont acquis une expertise du taux des sinistres, à rechercher les groupes à faibles risques et à concourir pour l'affiliation de cette population à leur programme. Cela conduit également à proposer des polices d'assurance avec franchise et/ou couverture limitée.

### Le risque moral

Ce concept n'est pas une antisélection, mais l'hypothèse selon laquelle le comportement d'une personne change à partir du moment où elle serait assurée : elle consommerait plus et conduirait donc l'assureur à revoir à la hausse les tarifs de base.

C'est un point essentiel qui, s'il est empiriquement fondé, permet d'éclairer une question qui se résume ainsi : faut-il contrôler les dépenses de santé dans leur ensemble ou seulement les dépenses de santé à la charge de la Sécurité Sociale ?

Il est clair que la Sécurité Sociale et les Assureurs Complémentaires ont partie liée si un gouvernement souhaite sortir de ce piège. Mais si cette volonté politique s'affirme par des décisions concrètes, il est aussi évident que les Assureurs Complémentaires ont non seulement un marché, mais aussi de beaux jours devant eux, car ils vont définir la nature et le prix des prestations et des soins. Eux seuls ont une marge de manœuvre ; la Sécurité Sociale sera prise dans sa nécessaire politique d'équilibre des comptes.

Il faut tout d'abord que, sur une partie au moins de leur activité, les Assureurs Santé parviennent à couper définitivement le cordon ombilical avec la Sécurité Sociale et qu'ils arrêtent de raisonner en fonction de ses mécanismes de prise en charge, de ses tarifs incompréhensibles du grand public et de ses exclusions.<sup>51</sup>

---

51 Mathias Matallah Les nouvelles frontières de l'Assurance Santé Risques n°49 mars 2002 pg 30

## **2<sup>ème</sup> partie : LA DÉFINITION DE LA CIBLE FONCTIONNELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE FRANÇAIS SOUHAITÉ : CONCEPTION ET PILOTAGE**

La description du Système de Santé Bucco-Dentaire français dans les pages précédentes met en avant sa complexité, la diversité de ses acteurs et de leurs relations.

Il est frappant de constater que des débats importants sur l'avenir de son organisation et de sa performance collective sont très peu outillés par des études méthodologiques précises laissant plutôt large part aux discours et aux revendications catégorielles.

La structure Système de Santé Bucco-Dentaire Français, le caractère technique des métiers et les investissements et les coûts de fonctionnement des acteurs qui y interviennent, la pression des normes qualité, sécurité, environnement, l'évolution des valeurs sociales impliquent une nouvelle manière d'aborder les situations.

Comment concevoir une organisation adaptée ?

Comment manager des intérêts différents ?

Comment concevoir un système de santé bucco-dentaire plus centré sur l'homme ?

Telles sont les questions auxquelles va tenter de répondre notre travail en reliant les enjeux contradictoires, en posant les situations sur leurs différentes dimensions et en repérant les voies d'amélioration pour concevoir et piloter une organisation plus innovante et performante.

Le Management par la Valeur va permettre d'aborder le Système de Santé Bucco-Dentaire Français sous un éclairage nouveau.

### **1.1. L'Analyse Fonctionnelle, l'Analyse de la Valeur**

« Nombre de nos méthodes pour conduire des projets de produits innovants sont centrées sur le produit, et ont pour objet, afin de satisfaire au mieux un acquéreur pour une dépense acceptable, de le rendre attractif en regard d'autres possibilités.

Ceci étant rappelé, il convient de positionner notre produit –le Système de Santé Bucco-Dentaire Français - ses fonctions au sein du monde réel. »<sup>52</sup>

« La réglementation est parfois un intégrateur des demandes sociales économiques et des régulations politiques, son niveau d'exigence peut même conduire à se poser la question de l'intérêt de la rédaction du Cahier des Charges. Nous faisons une hypothèse contraire en montrant que plus la réglementation est exigeante, plus il y a opportunité à rédiger un Cahier des Charges Fonctionnel ; en effet, lorsque la complexité du contexte rend les gisements potentiels peu évident, il faudra développer des méthodes rigoureuses pour identifier les bons leviers et les mettre en œuvre.

Le Système de Santé (Bucco-Dentaire Français) concerne l'ensemble des populations et des citoyens, il a pour objectif d'optimiser les ressources sur un territoire relativement à des attentes de santé provenant des populations, des professionnels, des Assureurs publics et privés, et du législateur. Ces ressources concernent (...) les organisations qui participent à l'organisation de ce Système.

---

52 Jean Chevalier Considérations sur les méthodes pour conduire des projets de produits innovants Revue La Valeur n° 94 pg 24-28

Ces organisations ont pour missions (...) d'apporter au patient qualité, sécurité, accessibilité des soins qui lui sont prodigués, avec une recherche constante d'efficacité. Ces différentes missions se réalisent dans un environnement complexe soumis aux incertitudes de contextes : politique, législatif, social, technologique et scientifique qui évoluent rapidement et répondent à de nombreuses interactions.

Pour identifier des gisements de performance dans la complexité de cet environnement, (...) les démarches du Management par la Valeur peuvent permettre de coordonner des actions avec le souci permanent de prendre en compte les réelles spécificités du *Système de Santé Bucco-Dentaire Français*. »<sup>53</sup>

### 1.1. L'Analyse Fonctionnelle : Présentation et Finalité <sup>54 55 56 57</sup>

Il est avéré que la seule attitude réellement payante entre parties prenantes est un dialogue confiant et fructueux, une démarche gagnant-gagnant. Basée sur la recherche, la formulation, puis l'exploitation des fonctions à différents niveaux, l'Analyse Fonctionnelle va proposer l'échange le plus avantageux, c'est à dire celui qui satisfait l'ensemble des composantes du besoin. L'Analyse Fonctionnelle va aider à appréhender, expliciter et quantifier les très nombreuses et quelquefois contradictoires composantes du besoin, en dégageant les flexibilités possibles (Analyse Fonctionnelle du Besoin, vision externe).

Dans la relation entre client et fournisseur à tous niveaux, l'Analyse Fonctionnelle aide à clarifier le partage des responsabilités. En particulier, face au risque d'exprimer un mélange indistinct d'obligations de moyens et de résultats, elle conduit à raisonner explicitement en résultats à fournir.

Plus généralement, le langage fonctionnel, lien entre le besoin et la réponse à ce besoin, est un facteur de qualité et un puissant outil de dialogue, entre client et fournisseur, entre les différentes disciplines de la conception (prise au sens large). Obligeant à tout niveau à raisonner en termes d'objectifs et de finalités au lieu de décrire directement une solution, il libère la créativité.

Enfin, tant dans sa phase d'élaboration que dans son exploitation, la mise en œuvre de l'Analyse Fonctionnelle, privilégiant le travail en groupe pluridisciplinaire, est un vecteur de synergie entre tous les métiers concernés, réunis pour obtenir le meilleur résultat.

Par delà la satisfaction du client, l'Analyse Fonctionnelle vise celle de tous les utilisateurs concernés à divers titres par le produit. Plus généralement, elle prend en compte, dans une approche de type systémique, l'ensemble des relations du produit avec tout ce qui l'environne.

Une première finalité de l'Analyse Fonctionnelle est de favoriser la communication et la compréhension entre celui qui exprime une demande et celui qui élabore la réponse à la

---

53 Jean-Pierre Grandhay L'apport d'un Cahier des Charges Fonctionnel dans un secteur réglementé La Valeur n° 100 <http://www.afav.eu/spip.php?article46>

54 Norme Française Analyse de la Valeur Analyse Fonctionnelle Expression Fonctionnelle du Besoin et Cahier des Charges Fonctionnel NF X 50-151 Décembre 1991 ©AFNOR

55 Norme Française Analyse Fonctionnelle Caractéristiques fondamentales NF X 50-100 Décembre 1996 ©AFNOR

56 Normalisation Française L'Analyse Fonctionnelle outil interdisciplinaire de compétitivité FD X 50-101 Décembre 1995 ©AFNOR

57 Norme Européenne Norme Française Vocabulaire du Management de la Valeur, de l'Analyse de la Valeur et de l'Analyse Fonctionnelle NF EN 1325-1 Novembre 1996 ©AFNOR

demande. Elle évite une référence prématurée aux solutions techniques et laisse ainsi au concepteur le maximum de degrés de liberté pour trouver la solution la meilleure : c'est l'aspect « Analyse Fonctionnelle du point de vue du client / utilisateur ». Les résultats de cette activité sont exploités en particulier dans le Cahier des Charges Fonctionnel (CdCF), support de la démarche itérative d'ajustement optimal entre la demande et les capacités de réponses.

Une seconde finalité est l'aide à la structuration de la conception (au sens large incluant la reconception) pour celui qui en a la charge, afin d'aboutir à la meilleure solution : c'est l'aspect « Analyse Fonctionnelle du point de vue du concepteur / fournisseur ».

Une telle Analyse Fonctionnelle permet :

- d'établir, parmi les différentes voies possibles, les principes de fonctionnement du produit que l'on choisit et d'en déterminer les mécanismes ; en prenant un point de vue critique, elle permet alors d'étudier les possibilités de dysfonctionnement et leurs conséquences, puis d'y remédier ;
- pour une solution étudiée, de discriminer, parmi les organes (matériels ou immatériels), ceux qui sont destinés à la satisfaction directe des fonctions vues par l'utilisateur, et ceux qui les assistent, car ces derniers dépendent entièrement des choix techniques effectués ; ayant une latitude de conception plus grande, ils peuvent plus facilement être optimisés ;
- d'identifier les critères les plus représentatifs pour faire les meilleurs compromis, sur la base à la fois des propres critères du client, de ceux du fournisseur, des conséquences sur l'environnement, etc. ;
- de mettre en évidence les raisons des choix effectués par rapport aux exigences spécifiées, de façon factuelle, logique et rigoureuse.

L'Analyse Fonctionnelle est ainsi un puissant outil au service, en particulier de l'optimisation de la solution par l'Analyse de la valeur (NF X 50-151 et NF X 50-152).

Enfin, l'Analyse Fonctionnelle, par la dynamique de travail en groupe pluridisciplinaire qu'elle favorise et la synergie à laquelle conduit le raisonnement orienté vers les finalités, est un catalyseur pour l'expression des compétences et l'obtention des consensus.

## **1.2. L'Analyse de la Valeur : caractéristiques et finalité** <sup>58 59 60 61</sup>

L'Analyse de la Valeur permet d'augmenter l'efficacité des entreprises et des organismes par l'amélioration de la compétitivité de leurs produits.

Cette amélioration de compétitivité est obtenue par une démarche appliquée au produit qui permet de le concevoir, le reconcevoir même partiellement, le réaliser, le maintenir, etc.

Elle contribue à la juste expression des problèmes et à leur résolution.

La méthode permet d'agir sur la conception des produits afin :

- qu'ils fournissent les services attendus par les utilisateurs,

---

58 Norme Européenne Norme Française Vocabulaire du Management de la Valeur, de l'Analyse de la Valeur et de l'Analyse Fonctionnelle NF EN 1325-1 Novembre 1996 ©AFNOR

59 Norme Française Analyse de la Valeur Analyse Fonctionnelle Expression Fonctionnelle du Besoin et Cahier des Charges Fonctionnel NF X 50-151 Décembre 1991 et Management par la valeur - Expression Fonctionnelle du Besoin et cahier des charges fonctionnel - Exigences pour l'expression et la validation du besoin à satisfaire dans le processus d'acquisition ou d'obtention d'un produit NF X 50-151 Septembre 2007 ©AFNOR

60 Norme Française Analyse de la Valeur Caractéristiques fondamentales NF X 50-152 Août 1990 et Management par la valeur – Caractéristiques fondamentales de l'analyse de la valeur Septembre 2007 ©AFNOR

61 Normalisation Française Analyse de la Valeur Recommandations pour sa mise en œuvre X 50-153 Mai 1985 ©AFNOR

- d'optimiser l'utilisation des ressources de l'entreprise et/ou des utilisateurs.

L'Analyse de la Valeur est une méthode de compétitivité, organisée et créative, visant la satisfaction du besoin de l'utilisateur par une démarche spécifique de conception à la fois fonctionnelle, économique et pluridisciplinaire.

Elle se caractérise par

- une *démarche fonctionnelle* qui impose de formuler le problème en termes de finalités et non pas en terme de solutions pour rechercher l'essentiel et le pertinent ; on évite de cette façon la tendance à se limiter aux solutions existantes et à s'interdire inconsciemment de nombreuses possibilités ;
- une *démarche pluridisciplinaire* par un travail de groupe faisant appel à un animateur et un décideur. Le groupe de travail en réunissant toutes les compétences requises et en mettant en présence des personnes de formation et de responsabilités différentes, permet de trouver un consensus sur les fonctions, les performances, les principes, les solutions, tout en favorisant l'exercice de la créativité et en enrichissant l'information disponible. Ce travail de groupe permet de régler conjointement des problèmes qui, sinon, ne seraient abordés que successivement et isolément par les divers intervenants dans la création et la réalisation du produit.

Elle se particularise par :

- une démarche systémique, organisée et participative, faisant appel à un plan de travail type.
- la motivation qu'elle entraîne chez ceux qui l'utilisent.

L'Analyse de la Valeur débouche chaque fois que possible sur l'établissement d'un *Cahier des Charges Fonctionnel* dans lequel les besoins sont traduits en termes de fonctions, critères, niveaux, à chaque niveau étant associée une flexibilité

## **2. La définition de la cible fonctionnelle du Système de Santé Dentaire Bucco-Dentaire Français souhaité**

### **2.1. La création du groupe de travail**

L'observation du Système de Santé Bucco-Dentaire Français a permis d'identifier 4 acteurs directs : l'Assurance Maladie Obligatoire, l'Assurance Maladie Complémentaire, les chirurgiens-dentistes, les usagers de santé.

Des experts de chaque secteur ont été joints et réunis pour 4 réunions : les participants ont été Pour l'Assurance Maladie Obligatoire

- Monsieur le Docteur Claude MEYER, chirurgien-dentiste conseil chef chargé de mission à la Direction régionale de Service Médical Alsace – Moselle, avec l'accord et l'intérêt de sa hiérarchie,

- Madame Dominique FALCIONI, Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat.

#### Pour l'Assurance Maladie Complémentaire

- Les Assurances du Crédit Mutuel : Madame Catherine CHEVALIER, Responsable de la plate-forme téléphonique de santé *TélSanté* et Monsieur Landelin EHRET, Actuaire.

Monsieur le Docteur Laurent HEIM chirurgien-dentiste consultant des Assurances du Crédit Mutuel nous permit de rentrer en contact avec sa Direction. Après entretien, Jean-Luc LAZARUS Responsable Activité Santé des Assurances du Crédit Mutuel nous exprima sa confiance en permettant à ses collaborateurs de participer à nos travaux.

- Monsieur Christophe MENAITREAU, courtier d'assurance libéral et Responsable de Secteurs des Agents d'Assurance de la Compagnie des Assurances Générales de France accepta immédiatement par amitié de participer à ce groupe de travail.

#### Pour les chirurgiens-dentistes

- Monsieur Docteur Laurent HEIM, chirurgien-dentiste libéral, Secrétaire Général du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Bas-Rhin,
- Monsieur le Docteur Serge DESCHAUX, expert AFNOR, Conseiller Technique de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, Référent Qualité de la Haute Autorité de Santé.

#### Pour les usagers de santé

- Monsieur Marc DEBIÉ, ancien Assureur Dommages. Il fut impossible de convaincre les organisations d'usagers de santé de participer à notre réflexion ; leurs moyens limités (dixit) en ressources humaines, et certainement leur manque d'intérêt pour cette étude, leur firent décliner notre invitation,
- Madame Valérie PINOTIE, assistante dentaire au sein de mon cabinet accepta également de participer au groupe.

Un expert du Management par la Valeur anime le groupe et s'assure de la méthodologie particulière : Monsieur Jean-Pierre GRANDHAYE, Maître de Conférences à l'Institut National Polytechnique de Lorraine, membre du Conseil d'Administration de, l'Association Française pour l'Analyse par la Valeur <sup>62</sup>.

La publicité autour de ce travail a été réalisée dès le commencement auprès de :

- Monsieur le Docteur Yves BUR, chirurgien-dentiste, Député du Bas-Rhin, Membre de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales,
- Monsieur le Docteur Patrick HESCOT chirurgien-dentiste, Président de l'ADF, Association Dentaire Française et de l'UFSBD, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire.

## **2.2. Les réunions de travail**

Quatre réunions sont programmées, de l'automne 2007 au mois de février 2008, avec, pour l'observateur, animateur et preneur de notes que je suis, un ensemble de réflexions dont le contenu est décrit dans l'article ci-dessous.

« Au cours des exercices Analyse de la Valeur (AV), le profane observe rapidement que l'intuition, l'improvisation, le tâtonnement, l'empirisme, sont des modes de fonctionnement

---

<sup>62</sup> <http://www.afav.eu/>

qui occupent une place considérable. (...)Le danger est donc de commencer par une prise en compte insuffisante ou trop simplifiée du besoin, par trop peu d'écoute des acteurs du système. Au départ cela donne l'impression d'un mode de travail assez foisonnant, improvisé et même anarchique, bien éloigné d'une construction où l'esprit de géométrie serait dominant ». <sup>63</sup>

Pour organiser cet exercice, l'animateur expert doit donner du sens à la réflexion pour tracer le cap à suivre.

« L'empirisme et la subjectivité ne sont pas les seuls éléments de nature à dérouter l'utilisateur. Le mélange entre méthode normalisée et choix arbitraires a tôt fait de donner une impression de structuration "baroque" qui, au bout du compte, plonge l'utilisateur dans le doute. En effet, Il perçoit d'abord le choc entre deux modes de pensée agissants. L'AV appelle à conduire un projet dans un mode de fonctionnement fait de "bouillonnement créatif" et "d'approximations raisonnées", tout en visant une "forme de rationalité »<sup>66</sup>, ce que l'on appelle la rationalité limitée, et de "pertinence dans les choix".<sup>66</sup>

La rationalité limitée est un concept utilisé en sociologie et en micro-économie. Il porte sur l'étude du comportement d'un individu (ici appelé acteur) face à un choix (l'achat d'un produit,...). Il suppose que l'acteur économique a un comportement rationnel, mais que sa rationalité est limitée en termes de capacité cognitive et d'information disponible. Dès lors, l'acteur va généralement s'arrêter au premier choix qu'il jugera satisfaisant. En d'autres termes, l'acteur est rationnel (s'il préfère A à B et B à C, on peut en déduire qu'il préfère A à C). Cependant, lors d'un choix complexe, il cherche moins à étudier l'ensemble des possibilités qu'à trouver une solution raisonnable dans une situation d'incertitude. Il va s'arrêter généralement à la première option qui satisfera à la situation concrète, tout en évitant de consommer trop de temps à effectuer son choix. <sup>64</sup>

La méthode nécessite de *savoir gérer le désordre*.

Or le profane est réticent à pénétrer dans ce type d'approche qui fonctionne sur un registre différent du sien. Peu aventurier, il n'aime guère les situations où les changements sont turbulents et préfère évoluer dans un monde fait de certitudes, de points de repères stables et rassurants : il participe à un monde où l'on gère plutôt l'ordre. Il se sent donc loin des modes de fonctionnement de l'AV et il se sent également loin de l'animateur. Ce dernier, qui est très expert à ce jeu, sait que pour produire de l'innovation il faut être "délinquant" et transgresser les frontières des situations acquises »<sup>66</sup> ; en effet l'ordre génère du désordre, par contre le désordre est lui même générateur de valeur.

En cela il bouscule les membres du groupe de travail et le surprend à plus d'un détour

La force de la méthode AV repose beaucoup sur le fait que ce "désordre" est canalisé de diverses manières :

- par "*le bon sens*",<sup>66</sup> c'est à dire donner du sens. H. Simon souligne l'existence d'une rationalité dite procédurale qui permet aux acteurs de trouver des solutions, non par recours à

---

<sup>63</sup> Michel Goyhenetche, Pour ConsultingNewsLine <http://www.afav.eu/spip.php?article45>

<sup>64</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalit%C3%A9\\_limit%C3%A9e](http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalit%C3%A9_limit%C3%A9e)

<sup>66</sup> Michel Goyhenetche, Pour ConsultingNewsLine <http://www.afav.eu/spip.php?article45>

leur capacité substantive de raisonner, mais par adoption d'une raison commune construite collectivement.<sup>65</sup>

La démarche de Management par la Valeur va être la procédure « rationnelle » qui va permettre de construire et donner du sens en utilisant ordre et désordre liés à la rationalité limitée des propos des acteurs avec leur statut. Cette démarche permet de construire l'objet d'étude en faisant l'hypothèse que les solutions et les problèmes propres à chacun des acteurs vont favoriser l'émergence de solutions en suivant le principe du modèle de la « poubelle - garbage can model »<sup>66</sup>: Les problèmes conduisent à des solutions, et réciproquement les solutions créent de nouveaux problèmes.

Les "principes structurants" de la boîte à outils AV peuvent être listés de manière quasi exhaustive comme suit :

- La structuration de l'action (notamment avec le plan de travail en 7 phases et le plan d'action) pour un accord commun sur les buts et le mode de travail.
- Le retour d'expérience, la collecte structurée d'information, le benchmarking, les enquêtes en clientèles, l'approche marketing.
- Le décloisonnement (pour l'Ingénierie Simultanée).
- L'organisation structurée des efforts du groupe de travail.
- L'approche fonctionnelle et systémique, la recherche de finalités (décomposition en fonction, méthode des milieux extérieurs, méthode FAST, arbre fonctionnel...).
- Le principe de caractérisation (avec quantification quand cela est possible). Il faut du temps, et nous avons préféré travailler avec des rapports commandés par les ministères de la Santé ; le temps est rare, et plus le groupe est expert plus cette denrée est rare.
- La créativité, l'ouverture, la remise en cause des solutions et des contraintes, l'optimisation créative.
- L'établissement de liens et hiérarchisation des exigences.
- Le juste besoin (recherche des meilleurs compromis et façons de le déplacer en négociation gagnant-gagnant).
- L'application de la notion de la VALEUR.
- La prise en compte de la dimension économique (estimation des coûts, risques et autres dimensions de la VALEUR) ; l'axiome affichant qu'un chiffre faux, mais pas idiot, peut souvent suffire pour conduire à un choix pertinent.
- Le souci client/utilisateur : apporter, créer des Valeurs
- La pluridisciplinarité et la communication entre les équipes et les partenaires.
- La prévision, la vision anticipatrice (et prospective).
- La traçabilité (pourquoi on a abouti à telle solution).
- L'organisation par projet, délégation et responsabilisation.

Si, en dépit des difficultés posées à l'utilisateur, l'AV doit son succès aux bons atouts listés précédemment, cette méthode ne garantit pas la réussite commerciale du produit ou de la structure conçus avec son aide. Ainsi les projets sont encore trop fréquents où l'ajustement entre le besoin exprimé par le client et le cahier des exigences - pris comme point de départ pour réaliser l'AV - ne se fait pas. Ce désagrément se produit notamment dans le cas de marchés pour lesquels la clientèle est éclatée ou diffuse.

Ce n'est pas un instrument pour la routine !..

---

<sup>65</sup> [http://organisation.canalblog.com/archives/rationalite\\_limitee/index.html](http://organisation.canalblog.com/archives/rationalite_limitee/index.html) H. SIMON « *A behavioral model of rational choice* » *Quarterly Journal of Economics*, 1955, n°69 pp. 99-118 H. SIMON « *Rational decision making in business organisations* » *American Economic Review*, 1979, vol. 69, n°4, pp. 493-513. H. SIMON « *Organisations and markets* » *Journal of Economic Perspectives*, 1991, vol. 5, n°2, pp. 25-44.

<sup>66</sup> Garbage Can Model [http://en.wikipedia.org/wiki/Garbage\\_Can\\_Model](http://en.wikipedia.org/wiki/Garbage_Can_Model)

Par contre, capable d'agir dans le cadre de la mise en œuvre d'efforts qui, naturellement, ont tendance à se mouvoir dans un certain désordre, l'AV permet d'organiser et de faire converger la démarche vers un résultat voulu, plus efficacement que les très empiriques méthodes qui demeurent la pratique courante. Le caractère empirique et affectif du fonctionnement humain, le travail nécessairement collectif dans des organisations qui deviennent de plus en plus complexes et éclatées, avec une mise en réseaux des ressources humaines de manière variable et de plus en plus restreinte au temps d'un projet, constituent de nouveaux défis pour le management, chaque fois qu'il est appelé à aborder des travaux dans des domaines nouveaux, complexes et mal connus, ce qui est le cas du management de l'innovation. Et c'est là que la méthode de l'AV démontre toute sa puissance. Elle est en très bonne place pour traiter toutes ces situations nouvelles.

Ainsi l'AV nous semble un outil bien adapté aux situations d'un monde nouveau et de plus en plus chaotique.

Mais son emploi nécessite quelques précautions. D'abord il faut s'assurer que l'EFB (Expression Fonctionnelle du Besoin) soit bien réalisée, avec suffisamment de soin au départ. Ensuite, il convient de procéder à une préparation soignée du groupe de travail avant d'engager toute opération ultérieure. Comme l'AV se présente tel un assemblage cohérent de démarches, méthodes et outils, appartenant au domaine de l'innovation, il vaut mieux expliquer les particularités de la méthode avec une pédagogie adaptée, en montrant ce qui est inhabituel ou même paradoxal, en décalage avec les modes de fonctionnement habituels et, ceci, en trouvant des formes de représentation qui doivent faire place de plus en plus à l'image, à la convivialité et à la proximité. Il est bon aussi de donner à ces outils un contenu intuitif, pour faciliter leur appropriation. »<sup>67</sup>

Le travail entre les réunions, accompli par l'animateur et les membres du groupe de travail, est également très important pour réaliser la synthèse des compte-rendus, donner de l'information et dégager des consensus pour assurer la continuité entre les réunions. Cela amène la légitimité au travail de l'animateur.

## **2.3. La recherche de la cible fonctionnelle du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité**

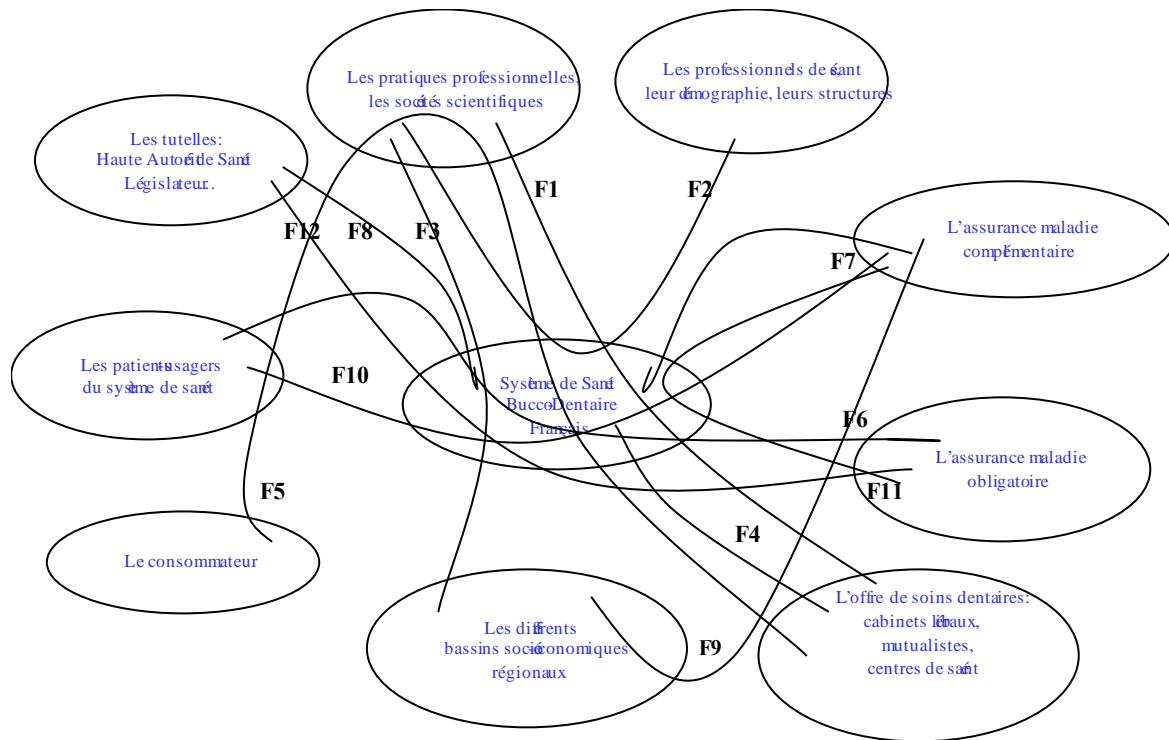
### **2.3.1. L'Analyse Fonctionnelle : un outil pour définir le fonctionnement externe et interne existant et souhaité du Système de Santé Bucco-Dentaire Français**

#### **2.3.1.1. L'Analyse Fonctionnelle externe du Système de Santé Bucco-Dentaire Français**

---

<sup>67</sup> Michel Goyhenetche , Pour ConsultingNewsLine <http://www.afav.eu/spip.php?article45>

Lors de la première réunion le groupe de travail, a réalisé un large brainstorming pendant lequel chaque participant à pu intervenir librement. Ont été identifiés 9 milieux extérieurs bien distincts inter-agissant de près ou de loin avec le Système de Santé Bucco-Dentaire Français, sa « Fonctionnalité ».



**Figure 7 : Représentation (pieuvre) des milieux extérieurs du Système de Santé Bucco-Dentaire Français**

Cette approche du contexte conduit ensuite à identifier les principales interactions entre les 9 milieux extérieurs :

- L'offre de soins dentaires,
- Les professionnels de santé,
- Les pratiques professionnelles, les sociétés scientifiques,
- Les patients, usagers du système,
- L'Assurance Maladie Obligatoire,
- L'assurance Maladie Complémentaire,
- Le consommateur,
- Les différents bassins socio-économiques régionaux,
- Les tutelles institutionnelles.

Les différentes interactions, retenues comme significatives, représentent des *fonctions*, au sens de l'Analyse Fonctionnelle :

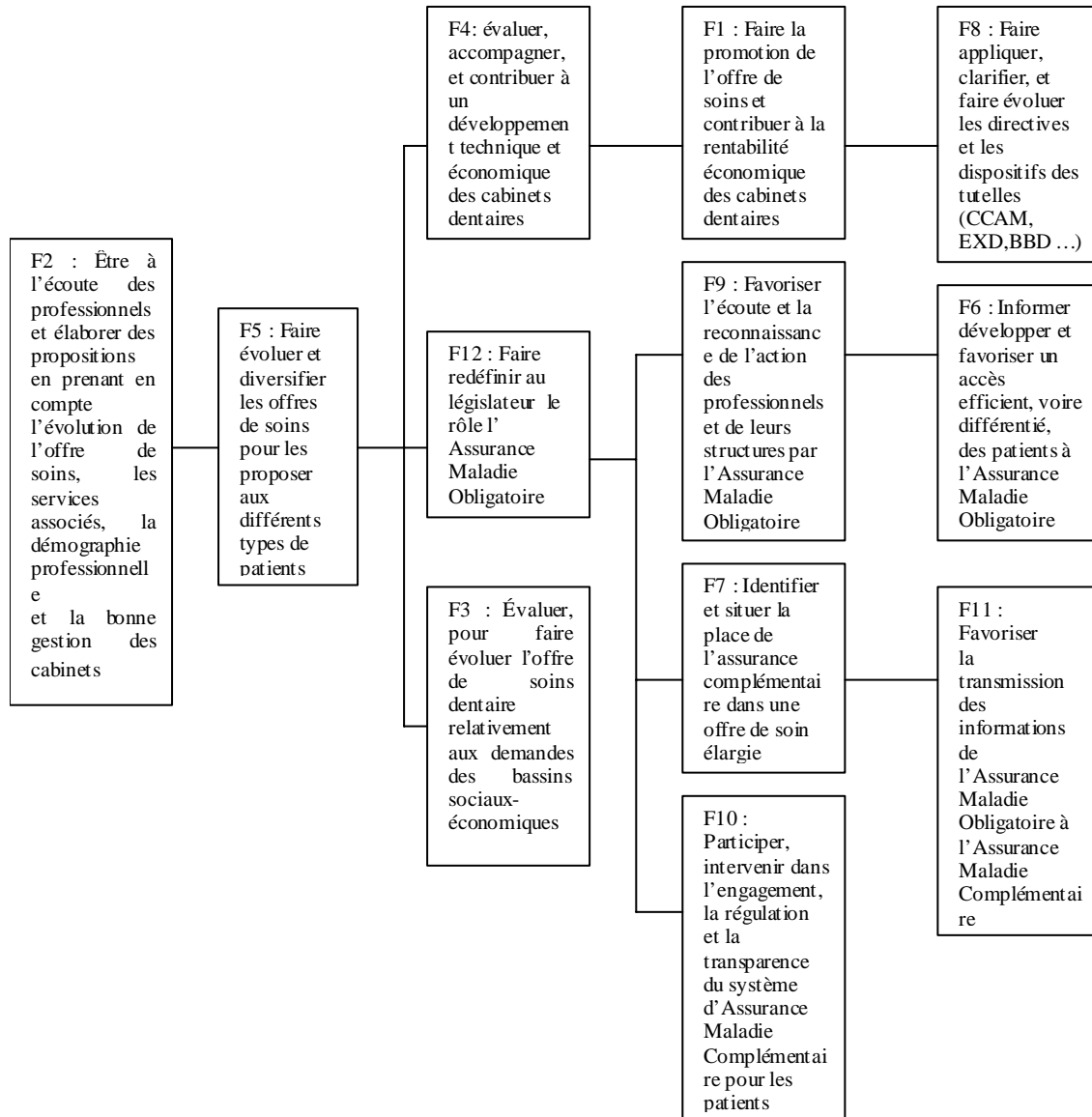
- F1 : Assurer la promotion de l'offre de soins par les cabinets dentaires.
- F2 : Être à l'écoute des professionnels en prenant en compte l'évolution de l'offre de soins, les services associés, la démographie professionnelle et la bonne gestion des cabinets.
- F3 : Évaluer l'offre de soins dentaires relativement aux demandes des bassins socio-économiques.
- F4 : Evaluer et contribuer au développement des cabinets dentaires.
- F5 : Faire évoluer l'offre de soins et les proposer aux patients.
- F6 : Informer et favoriser un accès efficient des patients à l'Assurance Maladie Obligatoire.
- F7 : Identifier la place de l'Assurance Maladie Complémentaire dans une offre de soins élargie.
- F8 : Clarifier et informer sur les directives et les dispositifs des tutelles (CCAM, campagnes de prévention, EXD, BBD...).
- F9 : Favoriser l'écoute et la reconnaissance de l'action des professionnels et de leurs structures par l'Assurance Maladie Obligatoire.
- F10 : Participer à la régulation et la transparence du système d'Assurance Maladie Complémentaire pour les patients.
- F11 : Faire circuler des informations entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Obligatoire Complémentaire.
- F12 : Faire définir au législateur le rôle l'Assurance Maladie Obligatoire.

Chaque fonction constitue un champ de recherche et de développement pouvant être organisé ou abordé par le management par la valeur.

La description de ces 12 fonctions donne une idée de grandes lignes identifiées sur lesquelles des actions pourraient intervenir.

- F1 : Faire la promotion de l'offre de soins et contribuer à la rentabilité économique des cabinets dentaires.
- F2 : Être à l'écoute des professionnels et élaborer des propositions en prenant en compte l'évolution de l'offre de soins, les services associés, la démographie professionnelle et la bonne gestion des cabinets.
- F3 : Évaluer, pour faire évoluer l'offre de soins dentaire relativement aux demandes des bassins socio-économiques.
- F4 : Evaluer, accompagner, et contribuer à un développement technique et économique des cabinets dentaires.
- F5 : Faire évoluer et diversifier les offres de soins pour les proposer aux différents types de patients
- F6 : Informer développer et favoriser un accès efficient, voire différencié, des patients à l'Assurance Maladie Obligatoire.
- F7 : Identifier et situer la place de l'assurance complémentaire dans une offre de soins élargie.
- F8 : Faire appliquer, clarifier, et faire évoluer les directives et les dispositifs des tutelles (CCAM, EXD, BBD ...).
- F9 : Favoriser l'écoute et la reconnaissance de l'action des professionnels et de leurs structures par l'Assurance Maladie Obligatoire.
- F10 : Participer, intervenir dans l'engagement, la régulation et la transparence du système d'Assurance Maladie Complémentaire pour les patients.
- F11 : Favoriser la transmission des informations de l'Assurance Maladie Obligatoire à l'Assurance Maladie Complémentaire.
- F12 : Faire redéfinir au législateur le rôle l'Assurance Maladie Obligatoire.

Il est intéressant de comprendre le sens qui est derrière ces fonctions. La construction de l'arbre fonctionnel (FAST : Function Analysis System Technic) constitue un moyen pertinent pour travailler collectivement le sens aux fonctions identifiées et ainsi donner de la cohérence au scénario du système.



**Arbre fonctionnel illustrant la perception du sens à donner aux actions identifiées**  
**Figure 8 : Arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français**

L'arbre fonctionnel permet de représenter de façon synthétique le champ d'action potentiel du management par la valeur. On voit qu'il s'agit de développer de la valeur autant en direction des patients que des professionnels de santé, autant en direction de l'Assurance Maladie Obligatoire que de l'Assurance Maladie Complémentaire en respectant la pression du législateur, donc celle des citoyens.

La fonction F2 a été placée comme fonction la plus stratégique de l'arbre fonctionnel, suivie de la fonction F5. Elles relient les tutelles, les professionnels de santé aux différents types de patients par l'offre de soins et les services associés.

Ensuite l'arbre fonctionnel est composé de 3 branches ayant chacune un objectif différent, l'une abordant l'offre de soins directe des cabinets dentaires, la deuxième abordant l'organisation de l'assurance maladie associée à l'offre de soins, la troisième abordant une réflexion sur différentes offres de soins possibles.

### 2.3.1.2. L'Analyse Fonctionnelle interne du Système de Santé Bucco-Dentaire Français : l'analyse des processus

Le Système de Santé Bucco-Dentaire Français peut être cartographié ainsi :

Les traitements bucco-dentaires (d'urgence, de soins, de prévention, de confort) sont prodigués dans les cabinets dentaires selon les données acquises de la science, avec un certain nombre d'exigences exprimées par les patients (information, qualité de service, confort), avec des contraintes financières particulières (coûts), avec un financement multiple (Assurance Maladie Obligatoire, Assurance Maladie Complémentaire, financement personnel des patients).

On a 3 niveaux de processus qui s'enchaînent, le traitement de la pathologie du patient, selon les données de la science, la prise en charge différenciée du patient-client d'une prestation de service concurrentielle, la prise en charge économique de l'ensemble de la prestation.

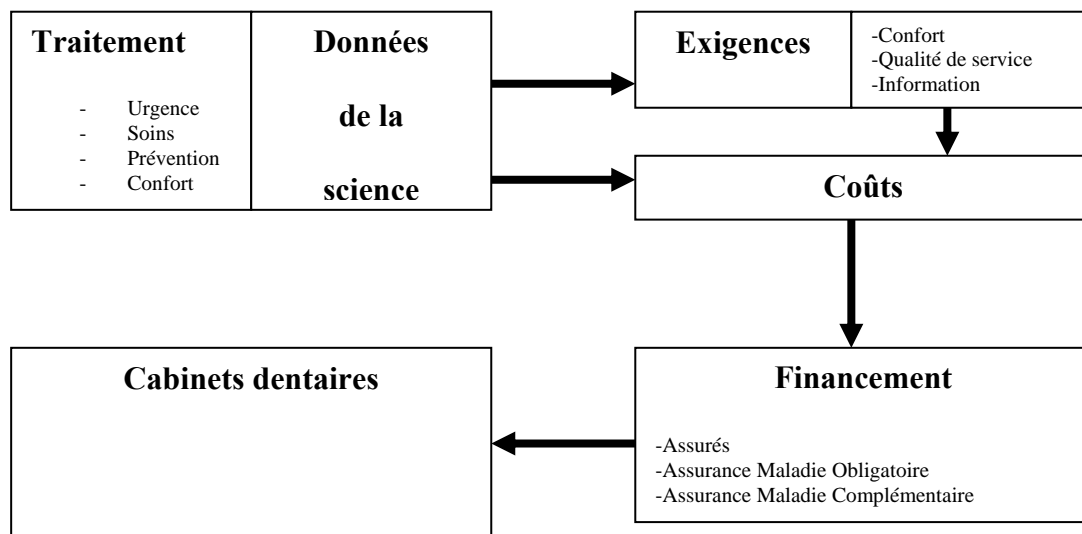


Figure 9 : Cartographie des processus du Système de Santé Bucco-Dentaire Français

Cette cartographie des processus représente un fonctionnement souhaité, qu'il faut illustrer par des actions ou des modalités concrètes et plausibles concernant 3 niveaux de processus :

1. le traitement des pathologies,
2. la prise en charge globale du patient,
3. le financement du système.

### **3. Les éléments de conception et de pilotage du Système de Santé Bucco-Dentaire souhaité**

Pour les différents membres du groupe de travail, il a existé une réelle difficulté à différencier le système souhaité du système actuel.

Pour ce faire, l'unique référentiel dentaire<sup>68</sup>, le rapport Yiahel<sup>69</sup>, reconnu pertinent par l'ensemble des acteurs du Système de Santé Bucco-Dentaire Français, et un brainstorming ont été utilisés pour faire émerger des critères de réalisation consensuels relativement au système souhaité.

La méthode utilisée pour cette recherche est celle des *Abaques de Régnier*.

#### **3.1. Les engagements du référentiel « Qualité de service en dentisterie »,**

Le référentiel « Qualité de service en dentisterie », proposé par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), construit sur des objectifs de résultat concrets, comporte 15 engagements centrés autour de la satisfaction des patients : accueil, information, conseil du patient tout au long du traitement, prise en charge de la douleur, hygiène et sécurité du cabinet.

Il a paru opportun de soumettre, aux experts du groupe de travail, son analyse selon la méthode de l'Abaque de Régnier, puis de lier le résultat de cette étude à la cartographie réalisée plus haut.

---

<sup>68</sup> Référentiel AFAQ Service Confiance- UFSBD « Qualité de service en dentisterie » Réf. 159-1

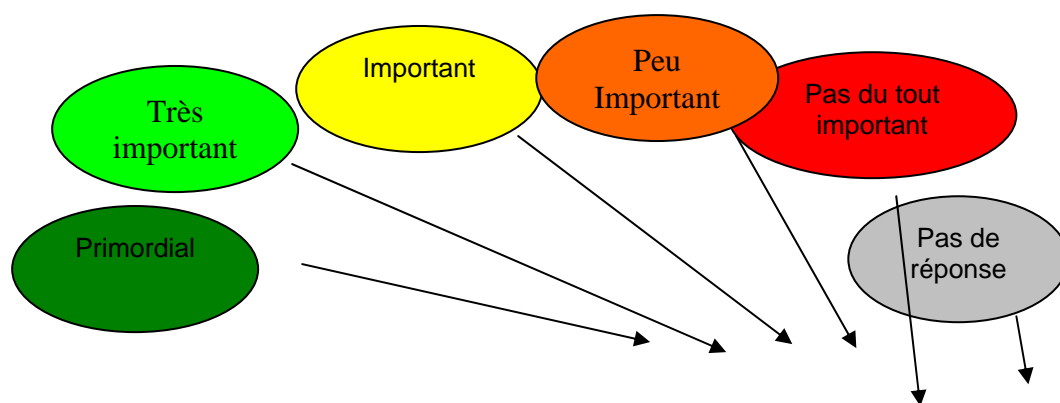
<sup>69</sup> YAHIEL Michel Lignes directrices pour une réforme dentaire Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires juillet 2001. pg 27

1. Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine
2. Garantir le respect des horaires de rendez-vous
3. Etablir et tenir à jour un dossier médical complet dans le respect des principes de confidentialité
4. Aider le patient à se fixer des objectifs de santé bucco-dentaire
5. Après un examen global, conseiller et expliquer les traitements à envisager
6. Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé, conformément à l'objectif
7. Prendre en charge la douleur de manière systématique
8. Informer du déroulement des soins réalisés et assister le patient pendant son traitement
9. Recommander les techniques de maintenance
10. Lutter contre les infections nosocomiales
11. Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité
12. Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux
13. Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances
14. Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients
15. Prendre en compte et répondre systématiquement aux suggestions des patients

Les 15 engagements du référentiel « Qualité de service en dentisterie » sont présentés aux participants du groupe de travail :

- A. VP Assistante dentaire
- B. LH Chirurgien-Dentiste libéral
- C. MD Usager de santé
- D. CC Assureur complémentaire
- E. LE Assureur complémentaire
- F. CIM Chirurgien –Dentiste -Conseil Assurance Maladie Obligatoire
- G. ChM Assureur complémentaire
- H. DF Directrice Caisse Assurance Maladie Obligatoire

Chacun des 8 participants doit se prononcer en hiérarchisant dans une grille colorée le degré d'importance de chaque engagement : *primordial* (vert foncé), *très important* (vert clair), *important* (jaune), *peu important* (orange), *pas important du tout* (rouge), *pas de réponse* (gris).



	Primordial	Très important	Important	Peu Important	Pas du tout important	Pas de réponse
Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine						
Garantir le respect des horaires de rendez-vous						
Etablir et tenir à jour un dossier médical complet dans le respect des principes de confidentialité						
Aider le patient à se fixer des objectifs de santé bucco-dentaire						
Après un examen global, conseiller et expliquer les traitements à envisager						
Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé, conformément à l'objectif						
Prendre en charge la douleur de manière systématique						
Informier du déroulement des soins réalisés et assister le patient durant son traitement						
Recommander les techniques de maintenance						
Lutter contre les infections liées aux soins						
Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité						
Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux						
Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances						
Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients						
Prendre en compte et répondre systématiquement aux suggestions et réclamations						

**Figure 10 : Abaque de Régnier appliquée au référentiel AFAQ Service Confiance  
« Qualité de service en Dentisterie »**

L'Abaque de Régnier est une présentation à 2 dimensions des jugements de valeurs qui sont portés par un certain nombre d'individus juges, experts ou profanes sur un problème dont les facettes sont multiples. C'est surtout un algorithme pour distiller du sens à partir d'un désordre apparent.

Les participants « annoncent la couleur sur les 15 engagements ».

Une grille est prise comme trame pour construire une image brute à partir de l'ensemble des questionnaires remplis individuellement : l'image brute.

A	B	C	D	E	F	G	H	
Vert	Vert	Vert foncé	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	1
Vert	Jaune	Vert	Jaune	Orange	Jaune	Jaune	Jaune	2
Jaune	Vert foncé	Vert	Vert	Orange	Vert foncé	Jaune	Jaune	3
Vert foncé	Vert	Jaune	Vert	Jaune	Jaune	Vert foncé	Jaune	4
Vert foncé	Vert	Vert foncé	Vert	Jaune	Vert foncé	Vert foncé	Jaune	5
Jaune	Vert foncé	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert foncé	Jaune	6
Vert	Vert foncé	Vert	Jaune	Orange	Vert	Vert foncé	Jaune	7
Jaune	Vert	Vert	Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	8
Vert	Vert foncé	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	9
Vert	Vert foncé	Vert foncé	Vert foncé	Vert	Vert foncé	Vert foncé	Vert foncé	10
Vert	Vert foncé	Jaune	Jaune	Vert foncé	Jaune	Vert foncé	Vert foncé	11
Orange	Vert	Vert	Jaune	Orange	Vert foncé	Vert foncé	Jaune	12
Vert	Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Vert foncé	Jaune	13
Jaune	Jaune	Jaune	Orange	Orange	Jaune	Jaune	Vert foncé	14
Jaune	Vert	Jaune	Jaune	Orange	Jaune	Jaune	Vert foncé	15

Image brute: Les 8 participants sont situés en colonnes et désignés par une lettre (de A à H). Les 15 engagements des cabinets dentaires centrés autour de la satisfaction des patients sont classés en lignes (de 1 à 15).

**Figure 11 : Image brute de l'Abaque de Régnier appliquée au référentiel AFAQ Service Confiance « Qualité de service en Dentisterie »**

Cette image brute contient 120 cellules colorées. Elle est construite par les 8 participants (en colonnes) sur les 15 engagements (en lignes). Cette image est dite brute ; c'est à dire que l'on identifie parfaitement les votes colorés de chacun des 8 participants sur les 15 engagements, à savoir *qui a mis quoi* et *quelle est la tonalité colorée du tableau*. Mais il n'y a pas d'ordre dans les lignes et les colonnes pour mieux dégager où se situent les consensus favorables et défavorables. Néanmoins cette première configuration est déjà une image abaque qui affiche la position de chacun sur les éléments de discussion. L'objet de la discussion est ainsi rendu simultanément visible. Cela représente déjà un progrès considérable par rapport à la linéarité du tour de table traditionnel.

La distribution de cette image brute est intéressante à souligner. Tout d'abord, il n'y a aucun refus d'annoncer la couleur sur l'un quelconque des 15 engagements soumis au vote coloré. Il n'y a aucun gris ; cela traduit 0% d'opacité et signe à la fois une compétence du groupe sur le



Soit :

10. Lutter contre les infections liées aux soins
5. Après un examen global, conseiller et expliquer les traitements à envisager
11. Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité
6. Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé, conformément à l'objectif
7. Prendre en charge la douleur de manière systématique
4. Aider le patient à se fixer des objectifs de santé bucco-dentaire
3. Etablir et tenir à jour un dossier complet dans le respect des principes de confidentialité
12. Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux
1. Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine
13. Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances
9. Recommander les techniques de maintenance
8. Informer du déroulement des soins réalisés et assister le patient pendant son traitement
2. Garantir le respect des horaires de rendez-vous
15. Prendre en compte et répondre systématiquement aux suggestions des patients
14. Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients

Il apparaît une incohérence de classement des engagements, car l'engagement 4 Aider le patient à se fixer des objectifs de santé bucco-dentaire est jugé moins important que l'engagement 6 Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé, conformément à l'objectif.

#### Du consensus favorable au consensus défavorable via le dissensus

C'est ainsi qu'il y a consensus favorable sur l'importance des engagements suivants :

10. Lutter contre les infections liées aux soins
5. Après un examen global conseiller et expliquer les traitements à envisager
11. Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité
6. Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé, conformément à l'objectif
7. Prendre en charge la douleur de façon systématique

Le consensus favorable va s'amenuisant sur les engagements :

4. Aider le patient à se fixer des objectifs de santé bucco-dentaire
3. Etablir et tenir à jour un dossier complet dans le respect des conditions de confidentialité
1. Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine
13. Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances
8. Informer du déroulement des soins et assister le patient pendant son traitement
9. Recommander les techniques de maintenance
2. Garantir le respect des horaires des rendez-vous

Il y a tendance au dissensus sur l'importance des engagements suivants :

- 14. Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients
- 15 Prendre en compte et répondre systématiquement aux suggestions des patients

Le dissensus apparaît sur l'engagement suivant :

- 12. Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux, avec une distribution assez régulière de toutes les couleurs sauf le rouge.

Cet item rejoint la lutte contre les infections liées aux soins.

Cet abaque permet de positionner (cf. page suivante) chaque engagement du référentiel « Qualité de service en dentisterie » dans la cartographie du Système de Santé Bucco-Dentaire Français définie précédemment selon l'importance consensuelle ou dissensuelle attribuée par les membres du groupe de travail (vert : *consensus total*, orange : *consensus s'amenuisant*, rouge : *dissensus*).

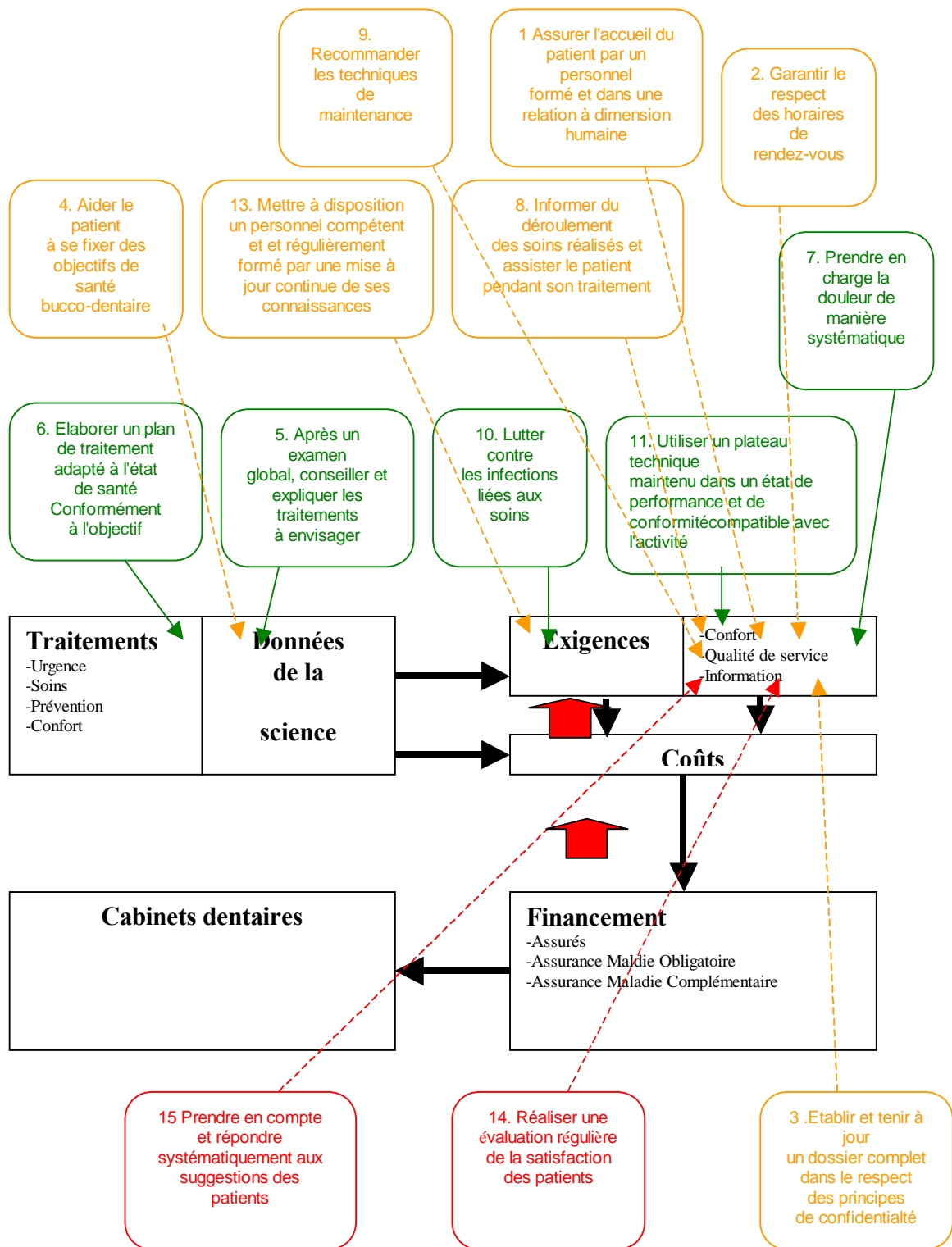


Figure 13 : Cartographie du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaitée complétée par les engagements référentiel « Qualité de service en dentisterie »

Cette cartographie est liée à un processus de service ; aucun élément des ressources financières n'apparaît.

Or pour prodiguer des traitements bucco-dentaires selon les données acquises de la science, avec un certain nombre d'exigences exprimées par les patients, des contraintes financières particulières existent (coûts des traitements), et ces soins doivent être financés (Assurance Maladie Obligatoire, Assurance Maladie Complémentaire, financement personnel des patients).

### **3 .2. Les propositions économiques**

Deux éléments primordiaux manquaient à la construction fonctionnelle, ceux liés au coût du Système de Santé Bucco-Dentaire Français et à ses modes de financement.

Lors de la 3<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail, les échanges ont permis d'identifier un certain nombre d'items relatifs à l'approche économique du système étudié. Certains de ces items avaient été identifiés et proposés par Michel Yahiel<sup>70</sup> dans son rapport en 2001 (Propositions de réforme du Système de Santé Bucco-Dentaire Français non réalisées par l'acteur politique malgré leur pertinence).

Les 13 propositions de réformes économiques issues de ces rapports, et de notre brainstorming ont été soumises aux membres du groupe de travail, selon la méthode de l'Abaque de Régnier.

1. Mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux pour sa partie dentaire.
2. Détermination d'un « panier de soins essentiels » relevant de la prise en charge collective avec redéploiement de l'enveloppe financière globale actuelle.
3. Détermination du juste coût (honoraires de référence) de la totalité des soins dentaires et conséquemment détermination de tarifs de références des soins prothétiques.
4. Détermination de nouveaux taux de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire.
5. Contractualisation de la revalorisation tarifaire des soins dentaires par la mise en route d'audits et de certifications évolutives des structures délivrant les soins dentaires.
6. Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur.
7. Pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire.
8. Modification des structures conventionnelles par l'intégration de l'Assurance Complémentaire.
9. Promotion d'une démarche commune Régimes obligatoires / Régimes Complémentaires en donnant à chacun des financeurs l'accès complet aux données issues de la liquidation des Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire.
10. Création d'une Allocation Personnalisée Santé remplaçant la CMU-C, aide publique à acquérir une couverture complémentaire santé et instaurer un crédit d'impôts pour faciliter l'accès aux assurances complémentaires des autres assurés.

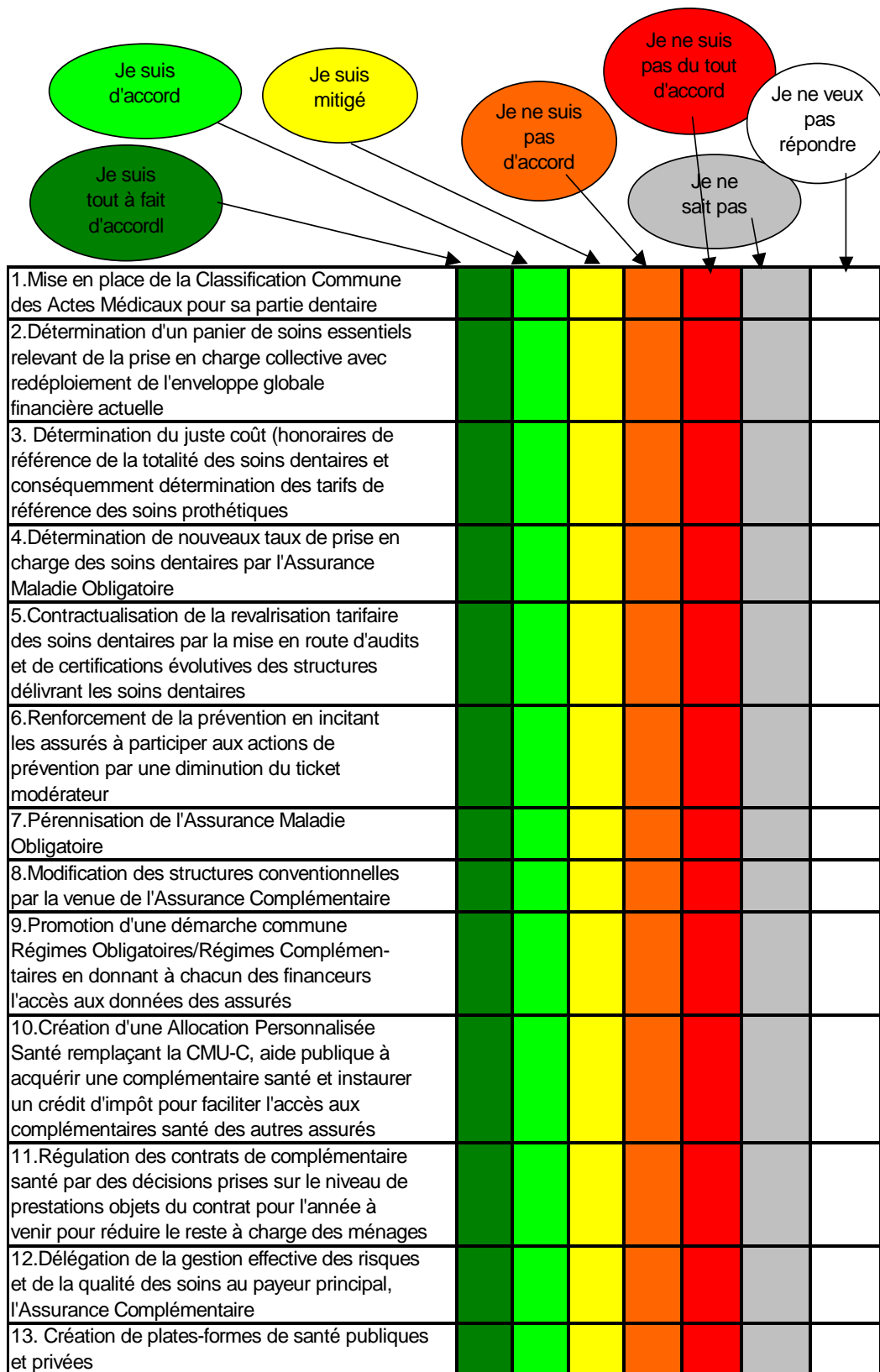
---

70 YAHIEL Michel Lignes directrices pour une réforme dentaire Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires juillet 2001.. pg 27

11. Régulation des contrats de complémentaire santé par des décisions prises sur le niveau des prestations objet du contrat pour l'année à venir pour réduire le reste à charge des ménages.
12. Délégation de la gestion effective des risques et de la qualité des soins au payeur principal, l'Assurance Complémentaire.
13. Création de plates-formes de santé publiques et privées.

Chacun des 8 participants doit se prononcer dans une grille colorée pour chacune des propositions en indiquant son accord : *je suis tout à fait d'accord* (vert foncé), *je suis d'accord* (vert clair), *je suis mitigé* (jaune), *je ne suis pas d'accord* (orange), *je ne suis pas du tout d'accord* (rouge), *je ne sais pas* (gris), *je ne veux pas répondre* (blanc).

Cela permettra de hiérarchiser les priorités dans les actions à mener.



**Figure 14 : Abaque de Régnier appliquée aux propositions liées à l'approche économique du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité**

Les participants « annoncent la couleur sur les 13 propositions ».

Une grille est prise comme trame pour construire une image brute à partir de l'ensemble des questionnaires remplis individuellement : l'image brute.

A	B	C	D	E	F	G	H	
Vert	Vert	Vert	Vert	Gris	Vert	Vert	Vert	1
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	2
Vert	Vert	Vert	Vert	Jaune	Vert	Vert	Vert	3
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Orange	4
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Gris	Vert	Vert	5
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	6
Jaune	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	7
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Vert	Gris	8
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	9
Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Vert	Vert	10
Vert	Vert	Jaune	Jaune	Vert	Gris	Gris	Orange	11
Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	12
Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Gris	Vert	Vert	13

Image brute: Les 8 acteurs du système de santé bucco-dentaire sont situés en colonnes et désignés par une lettre (de A à H). Les 13 propositions de réforme sont classées de (1 à 13)

**Figure 15 : Image brute de l'Abaque de Régnier appliquée aux propositions liées à l'approche économique du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité**

Cette image brute contient 104 cellules colorées. Elle est construite par les 8 participants (en colonnes) sur les 13 propositions (en lignes). Cette image est dite brute ; c'est à dire que l'on identifie parfaitement les votes colorés de chacun des 8 participants sur les 13 propositions, à

C'est donc sur une partition de 13 propositions que les 8 participants ont donné leur degré d'accord (vert ou vert clair), leur position mitigée (jaune), leur degré de désaccord (orange ou rouge), voire leur incapacité de répondre (gris) ou leur volonté de ne pas répondre (blanc)

La distribution des couleurs est la suivante : vert - *je suis tout à fait d'accord* avec la proposition de réforme (31,73%), vert clair – *je suis d'accord* (45,19%), jaune – *je suis mitigé* (6,73%), orange – *je ne suis pas d'accord* (3,84%), rouge – *je ne suis pas du tout d'accord* (5,77%), gris – *je ne sais pas* (7,69%), blanc – *je ne veux pas répondre* (0).

Il n'y a aucun refus d'annoncer la couleur sur l'une quelconque des 13 propositions soumises au vote coloré ; chaque participant a accepté de donner son avis sur chacune des 13 propositions de réforme.

C'est dire que cette image est transparente (colorée) à 92,31% et qu'elle n'est opaque qu'à 7,69%.

Nous abordons cette étude en plusieurs parties.

### Tout d'abord « la hiérarchisation des propositions de réforme »

La figure diagonalisée sur les items contient la même quantité et qualité de données colorées que l'image brute.

									2
									6
									1
									5
									3
									13
									11
									7
									4
									10
									9
									8
									12

Image diagonalisée sur les items : par hiérarchie d'importance décroissante, les 13 propositions s'échelonnent du haut en bas de l'image abaque réarrangée et rendue ainsi plus lisible (de 2 à 12)

**Figure 16 : Image diagonalisée sur les propositions liées à l'approche économique du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité**

On voit 3 parties de l'image se dégager successivement :

a) 4 propositions de réforme situées en haut de l'image pour lesquelles la tendance favorable prédomine (2, 6, 1et 5) :

- 2. Détermination d'un « panier de soins essentiels » relevant de la prise en charge collective avec redéploiement de l'enveloppe financière globale actuelle ;
- 6. Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur ;
- 1. Mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux pour sa partie dentaire ;
- 5. Contractualisation de la revalorisation tarifaire des soins dentaires par la mise en route d'audits et de certifications évolutives des structures délivrant les soins dentaires.

b) Puis 2 propositions de réforme sur lesquels la tendance favorable faiblit (3, et13)

- 3. Détermination du juste coût (honoraires de référence) de la totalité des soins dentaires et conséquemment détermination de tarifs de références des soins prothétiques ;
- 13. Création de plates-formes de santé publiques et privées.

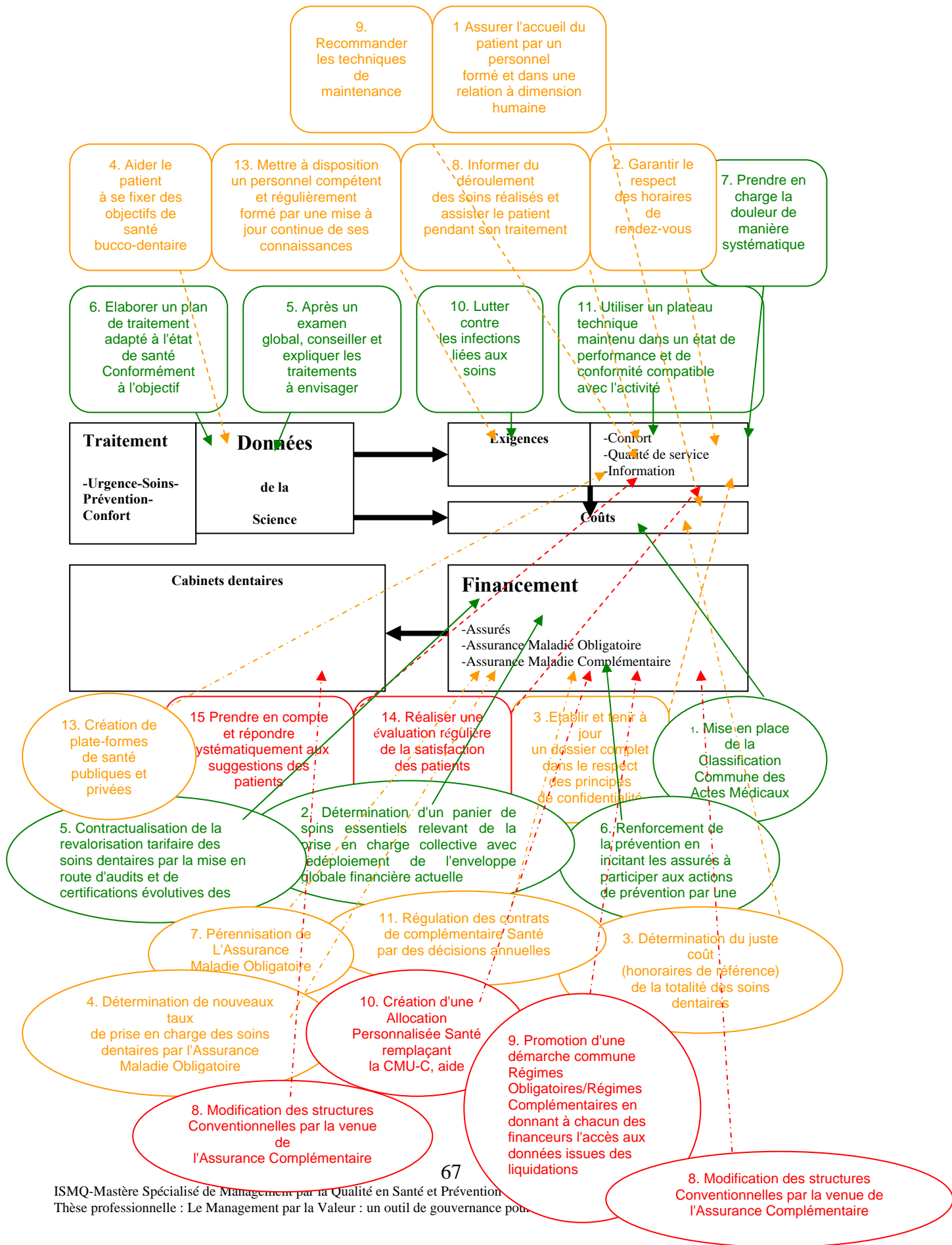
c ) Enfin les 7 dernières propositions de réforme (7, 4, 13, 10, 9, 8 et 12) pour lesquelles la tendance défavorable apparaît nettement ; 4 propositions de réforme sont rejetées par certains participants.

11. Régulation des contrats de complémentaire santé par des décisions prises sur le niveau des prestations objet du contrat pour l'année à venir pour réduire le reste à charge des ménages ;
7. Pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
4. Détermination de nouveaux taux de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
10. Création d'une Allocation Personnalisée Santé remplaçant la CMU-C, aide publique à acquérir une couverture complémentaire santé et instaurer un crédit d'impôts pour faciliter l'accès aux assurances complémentaires des autres assurés ;
9. Promotion d'une démarche commune Régimes obligatoires / Régimes Complémentaires en donnant à chacun des financeurs l'accès complet aux données issues de la liquidation des Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire ;
8. Modification des structures conventionnelles par l'intégration de l'Assurance Complémentaire ;
12. Délégation de la gestion effective des risques et de la qualité des soins au payeur principal, l'Assurance Complémentaire.

En annexes sont placés certains commentaires des participants.

Cet abaque nous permet de positionner chaque proposition de réforme dans la cartographie du Système de Santé Bucco-Dentaire Français défini précédemment selon l'importance consensuelle ou disconsensuelle attribuée par les membres du groupe de travail (vert : consensus *total*, orange : consensus s'amenuisant, rouge : dissensus).

**Figure 17 : Cartographie du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité complétée par les engagements référentiel « Qualité de service en dentisterie » et les propositions liées à l'approche économique**



## 4. La conception du projet pour passer du système présent au système projeté

### 4.1. L'organisation par projet, délégation et responsabilisation

« L'analyse fonctionnelle du Système de Santé Bucco-Dentaire Français rejoint le modèle de l'analyse de processus que l'on retrouve d'une façon générale dans les normes de type ISO 9001:2000 avec un processus principal (la prise en charge du patient) et des processus de soutien assurés par des services à orientation transversale, tels que les cabinets dentaires, les Institutions de tutelle, l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire.

Au niveau de leur fonctionnement ces processus doivent prendre en compte deux spécificités : d'abord le fait d'avoir le patient (un homme, un citoyen) et sa pathologie comme support de processus, ensuite le fait d'avoir des professionnels de santé et leurs équipes comme acteurs de cette prise en charge du patient. Ces professionnels, opérateurs de base des processus de prise en charge, sont, de par leur statut, également des acteurs de la stratégie de leurs organisations. En effet, nous avons une forme de double hiérarchie où les institutions gestionnaires doivent prendre en compte les projets et sollicitations des professionnels de santé »<sup>69</sup> pour définir des objectifs à court terme « opérationnels », à moyen terme « tactiques » et à long terme « stratégiques » .

Lors de la 4<sup>ème</sup> réunion de travail, ont été collectivement identifiés les acteurs responsables des différentes fonctions et la cible de ces fonctions ;

Les acteurs :

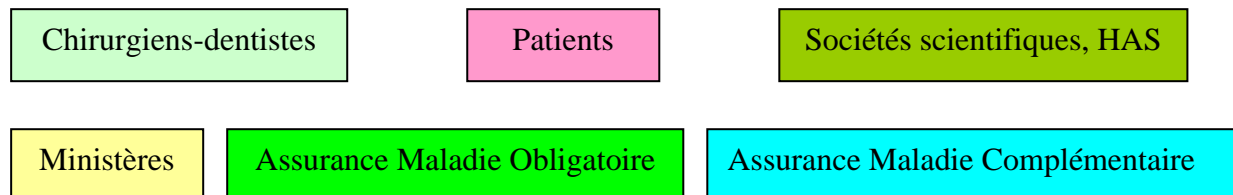


Figure 18 : Les acteurs du projet

Les fonctions ont été placées sur un axe d'opérationnalité selon leur niveau de consensus et de dissensus définis par le groupe de travail.

<sup>69</sup> Jean-Pierre Grandhayé L'apport d'un Cahier des Charges Fonctionnel dans un secteur réglementé La Valeur n° 100 <http://www.afav.eu/spip.php?article46>

Figure 19 : Classification opérationnelle, stratégique et opérationnelle des actions à mener



## 4.2. Validation fonctionnelle des actions à mener

### 4.2.1. Actions opérationnelles à mener

Les actions opérationnelles à mener pour arriver au système du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité, sont mises en rapport avec les fonctions auxquelles elles s'adressent dans l'Arbre Fonctionnel.

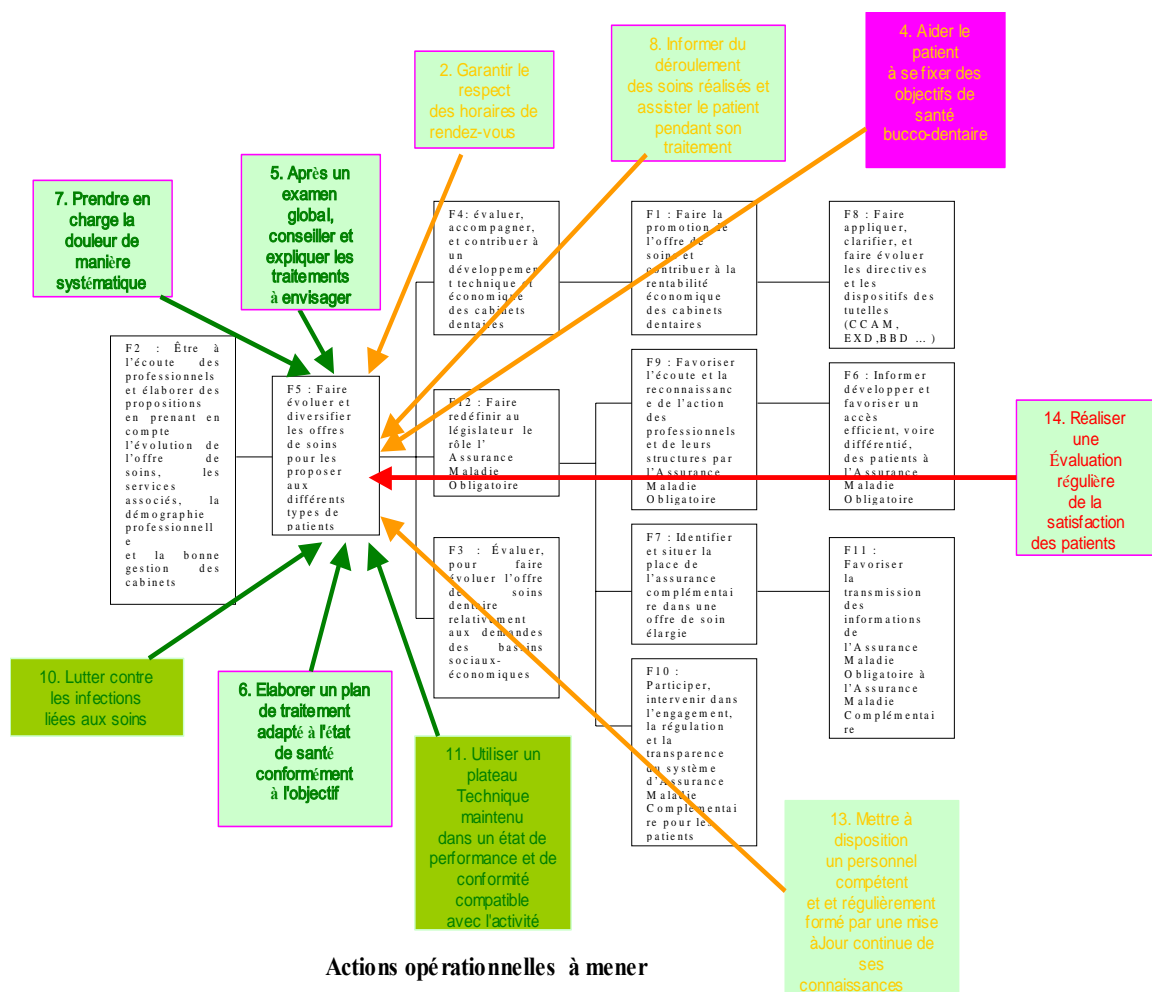


Figure 20 : Cartographie des actions opérationnelles à mener pour arriver au système souhaité dans l'arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français

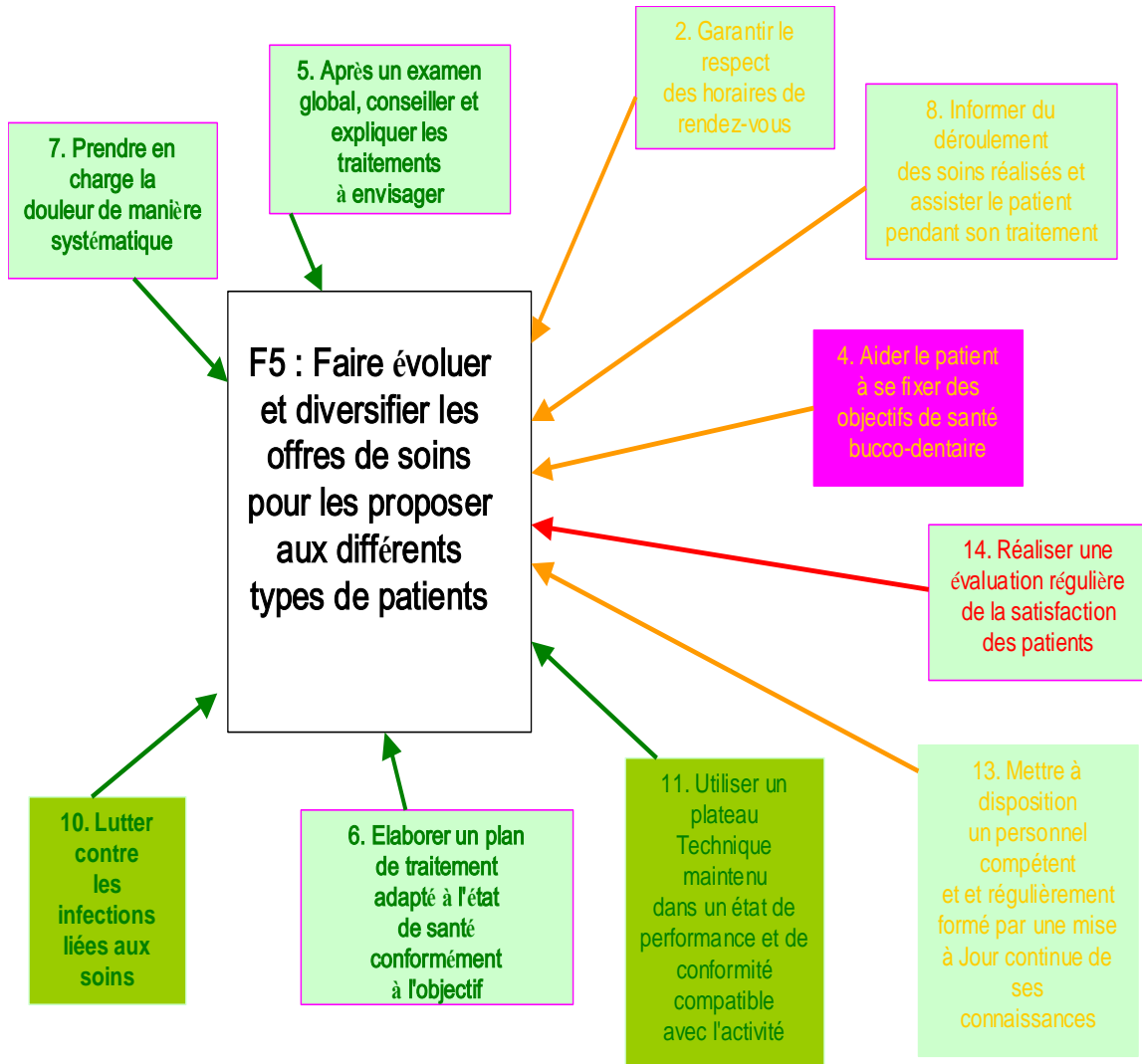


Figure 21 : les actions opérationnelles sont en rapport avec la fonction 5

- Actions consensuelles →
- Actions à consensus moindres →
- Actions dissensuelles →

Ces actions se rapportent à la Fonction F5 de l'Arbre Fonctionnel : *Faire évoluer et diversifier les offres de soins pour les proposer aux différents types de patients.*

Ces actions sont à penser et à mener dans les cabinets dentaires en définissant :

- les acteurs concernés
- les indicateurs de résultats (par exemple des dates, des bilans à obtenir pour enclencher d'autres missions), les indicateurs de processus permettant de suivre le déroulement de la mission et les indicateurs de contexte à surveiller pour suivre et adapter le fonctionnement de la mission à l'évolution du contexte.










<b>MISSIONS OPERATIONNELLES</b>	F5 : Faire évoluer et diversifier les offres de soins pour les proposer aux différents types de patients	F12 : Faire redéfinir au législateur le rôle l' Assurance Maladie Obligatoire	F1 : Faire la promotion de l'offre de soins et contribuer à la rentabilité économique des cabinets dentaires	F7 : Identifier et situer la place de l'assurance complémentaire dans une offre de soin élargie	F8 : Faire appliquer, clarifier, et faire évoluer les directives et les dispositifs des tutelles (CCAM, EXD,BBD ...)
	10.Lutter contre les infections liées aux soins				
5.Après un examen global conseiller et expliquer les traitements à envisager					
11 Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité					
6.Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé conformément à l'objectif					
7.Prendre en charge la douleur de façon systématique					
4.Ader le patient à se fixer des objectifs de santé-bucco-dentaire					
13.Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour de ses compétences					
8.Informer du déroulement des soins réalisés et assister le patient pendant son traitement					
2.Garantir le respect des rendez-vous					

Figure 22 : Tableau des missions opérationnelles à mener pour arriver au système souhaité

Ces actions sont à penser et les missions sont à mener dans les cabinets dentaires.

Missions prioritaires à flexibilité nulle

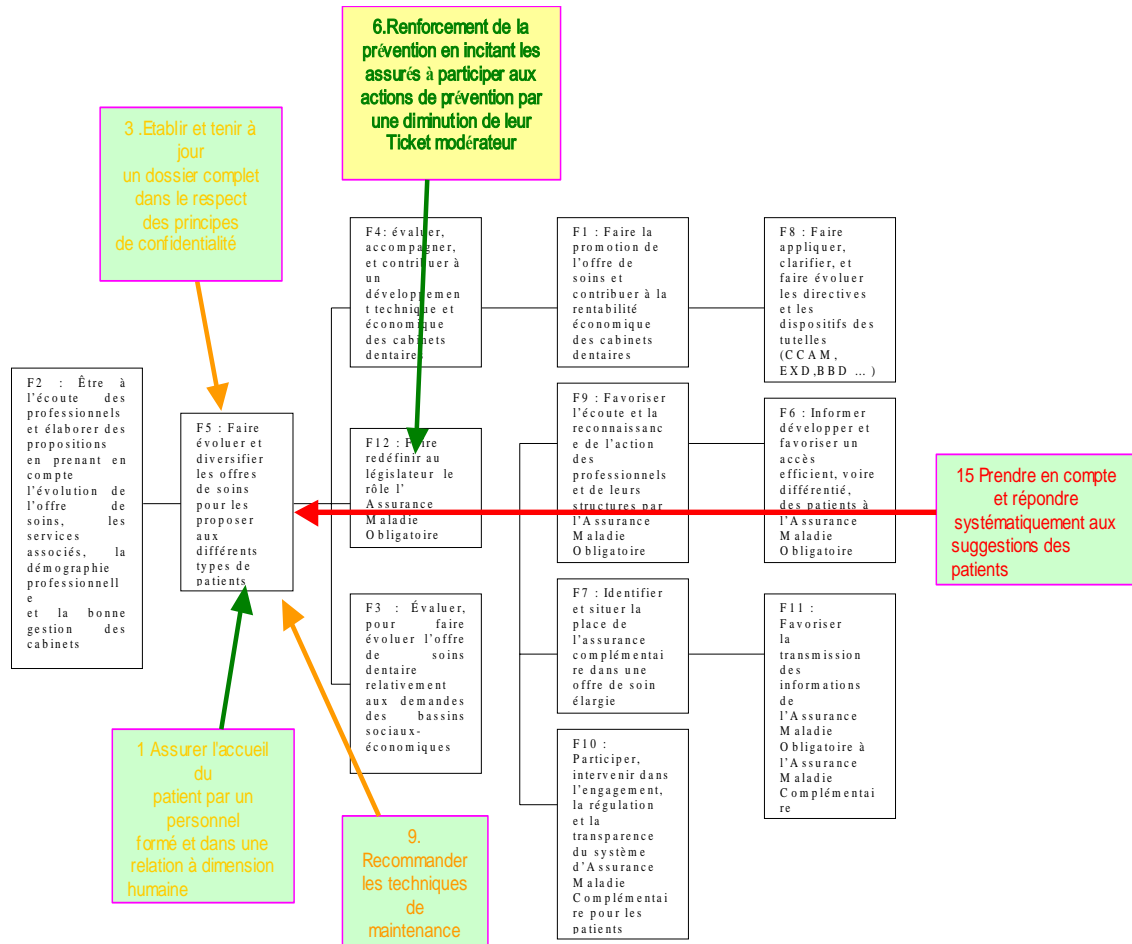


Missions moins prioritaires



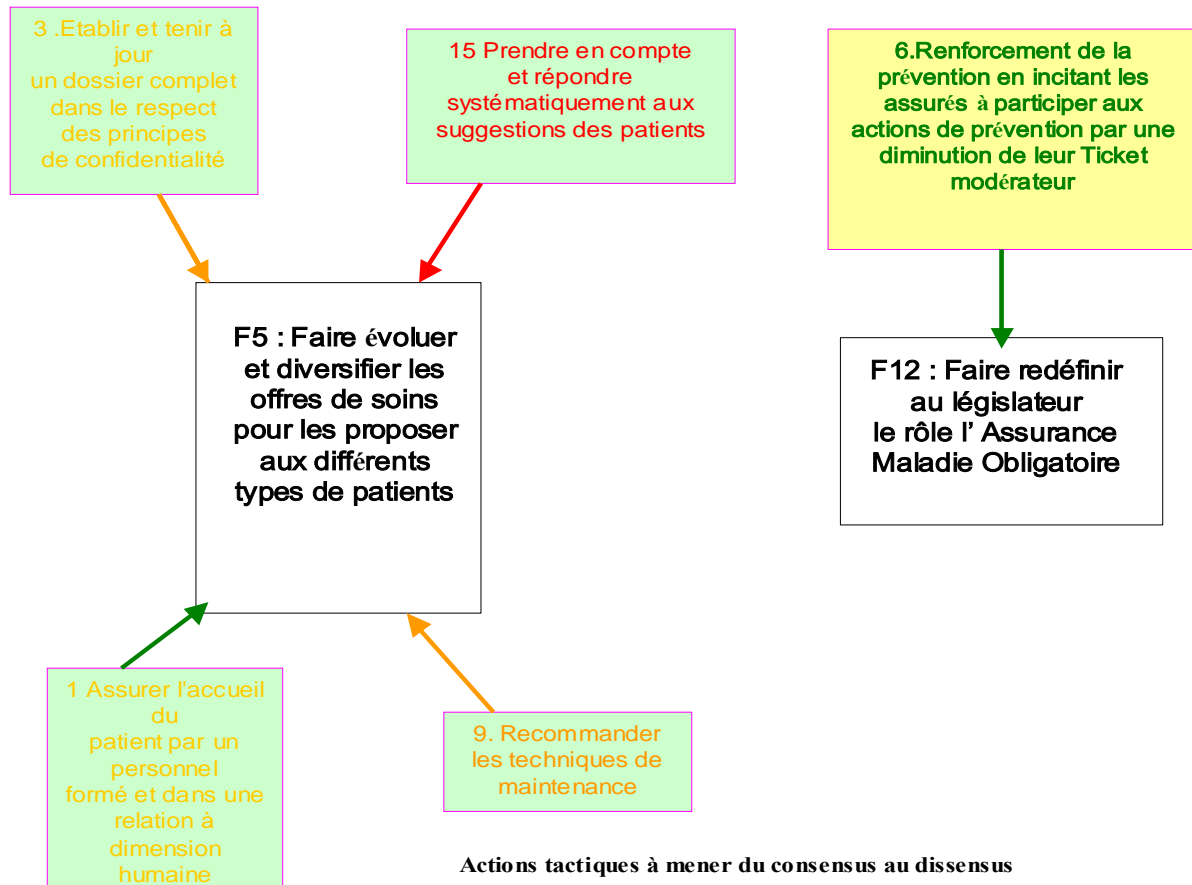
## 4.2.2. Actions tactiques à mener

Les actions tactiques à mener pour arriver au système du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité, sont mises en rapport avec les fonctions auxquelles elles s'adressent dans l'Arbre Fonctionnel.



### Actions tactiques à mener

Figure 23 : Cartographie des actions tactiques à mener pour arriver au système souhaité dans l'arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français



**Figure 24 : Les actions tactiques sont en rapport avec les fonctions 5 et 12**  
 Certaines de ces actions sont à initier par le législateur.

- Actions consensuelles →
- Actions à consensus moindres →
- Actions dissensuelles →





Les actions tactiques à mener pour arriver au système du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité, peuvent être mises en rapport avec l'Arbre Fonctionnel.

Ces actions se rapportent :

- à la fonction F5 de l'Arbre Fonctionnel : *Faire évoluer et diversifier les offres de soins pour les proposer aux différents types de patients.*
- à la fonction F12 de l'Arbre Fonctionnel : *Faire définir au législateur le rôle l'Assurance Maladie Obligatoire.*

Une de ces actions, 6 : *Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur* est à initier par le législateur, les autres sont à mener dans les cabinets dentaires en définissant :

- les acteurs concernés
- les indicateurs de résultats (par exemple des dates, des bilans à obtenir pour enclencher d'autres missions), les indicateurs de processus permettant de suivre le déroulement de la mission et les indicateurs de contexte à surveiller pour suivre et adapter le fonctionnement de la mission à l'évolution du contexte.

<b>MISSIONS TACTIQUES</b>	F5 : Faire évoluer et diversifier les offres de soins pour les proposer aux différents types de patients	F12 : Faire redéfinir au législateur le rôle l' Assurance Maladie Obligatoire	F1 : Faire la promotion de l' offre de soins et contribuer à la rentabilité économique des cabinets dentaires	F7 : Identifier et situer la place de l'assurance complémentaire dans une offre de soin élargie	F8 : Faire appliquer, clarifier, et faire évoluer les directives et les dispositifs des tutelles (CCAM, EXD,BBD ...)
	6. Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer à des actions de prévention par une diminution du ticket modérateur				
3. Etablir et tenir à jour un dossier complet dans le respect des principes de confidentialité					
1. Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine					
9. Recommander les techniques de maintenance					

**Figure 25 : Tableau des missions tactiques à mener pour arriver au Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité**

Ces missions sont à mener par le Législateur et dans les cabinets dentaires.

Missions prioritaires à flexibilité nulle

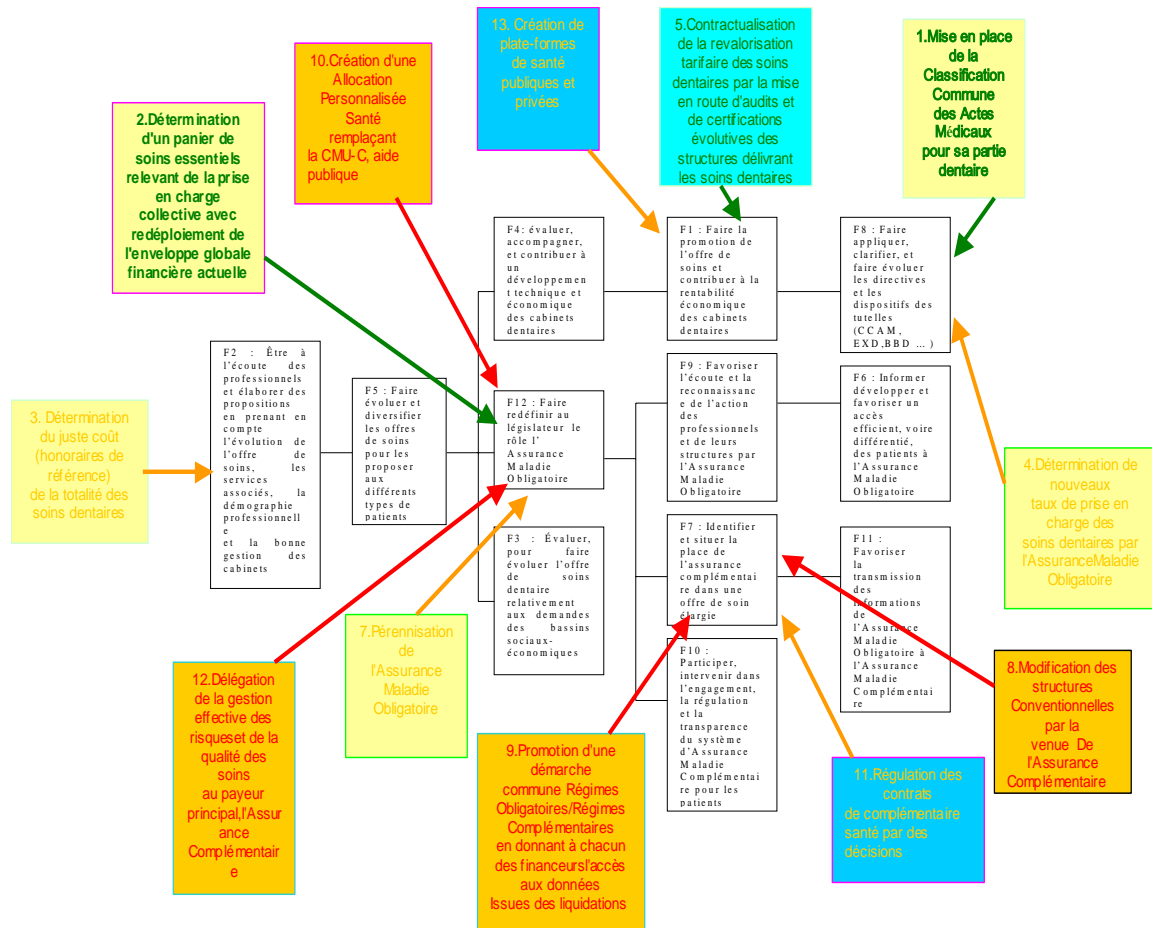


Missions moins prioritaires



### 4.2.3. Actions stratégiques à mener

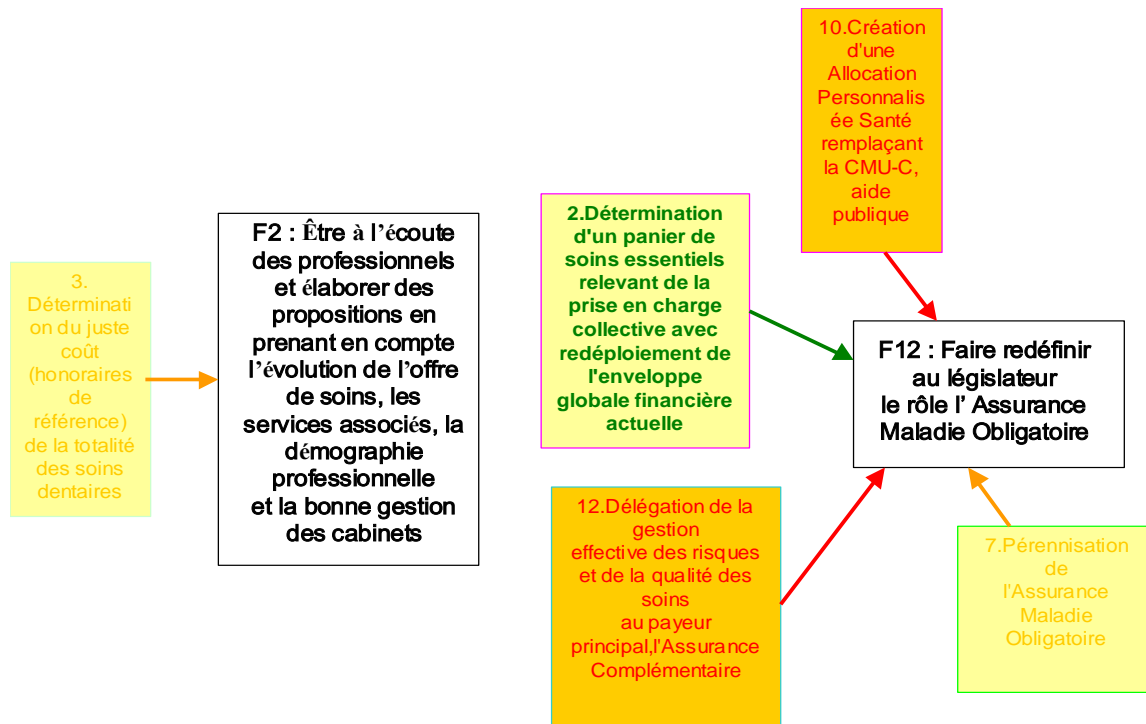
Les actions stratégiques à mener pour arriver au système du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité, sont mises en rapport avec les fonctions auxquelles elles s'adressent dans l'Arbre Fonctionnel.



Actions stratégiques à mener

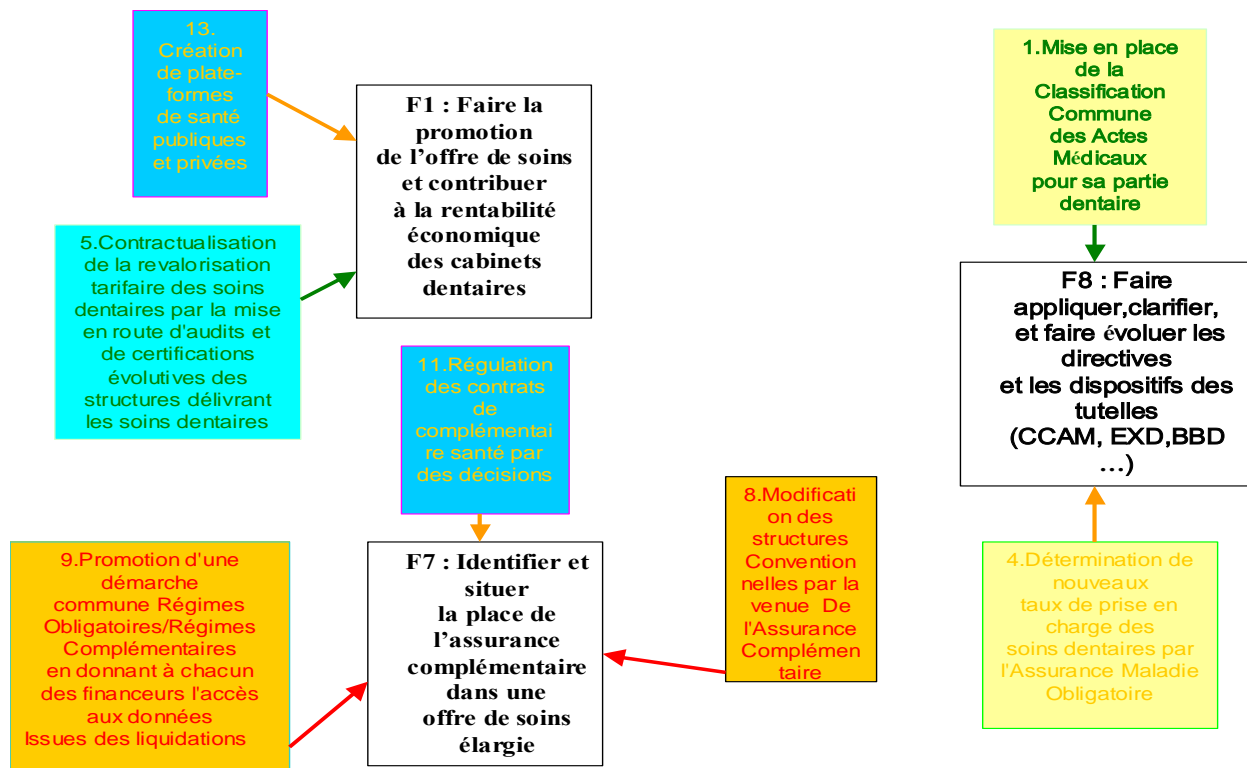
Figure 26 : Cartographie des actions stratégiques à mener pour arriver au système souhaité dans l'arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français

- Actions consensuelles →
- Actions à consensus moindres →
- Actions dissensuelles →



Actions stratégiques à mener du consensus au dissensus

Figure 27 : Actions stratégiques à mener en rapport avec les fonctions 2 et 12



Actions stratégiques à mener du consensus au dissensus

Figure 28 : Actions stratégiques à mener en rapport avec les fonctions 1, 7 et 8

Ces actions se rapportent aux fonctions :

- F1 de l'Arbre Fonctionnel : *Faire la promotion de l'offre de soins et contribuer à la rentabilité économique des cabinets dentaires.*
- F2 : *Être à l'écoute des professionnels et élaborer des propositions en prenant en compte l'évolution de l'offre de soins, les services associés, la démographie professionnelle et la bonne gestion des cabinets.*
- F7 : *Identifier et situer la place de l'assurance complémentaire dans une offre de soins élargie.*
- F8 : *Faire appliquer, clarifier, et faire évoluer les directives et les dispositifs des tutelles (CCAM, EXD, BBD ...).*
- F12 : *Faire redéfinir au législateur le rôle l' Assurance Maladie Obligatoire.*

Ces actions sont à penser, à initier, et à mener par l'ensemble des acteurs du système en définissant :

- les acteurs concernés
- les indicateurs de résultats (par exemple des dates, des bilans à obtenir pour enclencher d'autres missions), les indicateurs de processus permettant de suivre le déroulement de la mission et les indicateurs de contexte à surveiller pour suivre et adapter le fonctionnement de la mission à l'évolution du contexte.

<b>MISSIONS STRATEGIQUES</b>	F5 : Faire évoluer et diversifier les offres de soins pour les proposer aux différents types de patients	F12 : Faire redéfinir au législateur le rôle l' Assurance Maladie Obligatoire	F1 : Faire la promotion de l'offre de soins et contribuer à la rentabilité économique des cabinets dentaires	F7 : Identifier et situer la place de l'assurance complémentaire dans une offre de soin élargie	F8 : Faire appliquer, clarifier, et faire évoluer les directives et les dispositifs des tutelles (CCAM, EXD,BBD ...)
	1.Mise en place de la CCAM pour sa partie dentaire		●		
2.Détermination d'un panier de soins essentiels relevant de la prise en charge collective avec redéploiement de l'enveloppe globale financière		●			
5. Contractualisation de la revalorisation tarifaire des soins dentaires par la mise en route d'audits et de certifications évolutives des structures délivrant les soins dentaires par la mise en route d'audits et de				●	
3.Détermination du juste coût (honoraires de référence) de la totalité des soins dentaires et conséquemment détermination de tarifs de référence des soins prothétiques	●		●		
4. Détermination de nouveaux taux e prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire			●		
7.Pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire		●			
11.Régulation des contrats de complémentaire santé par des décision prises sur le niveau des prestations objet du contrat pour l'année à venir pour réduire le reste à charge des ménages				●	
13.Création de plate-formes de santé publiques et privées			●	●	●

**Figure 29 : Tableau des missions stratégiques à mener pour arriver au Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité**

Ces actions sont à penser et les missions à mener par l'ensemble des acteurs du système.

## CONCLUSION

Comme le soulignait Didier Tabuteau « la santé, n'est plus un système fermé, centré autour de la relation médecin malade et où les débats ne concernent que les experts médicaux.

De plus en plus complexe, son organisation collective fait intervenir de nombreux autres acteurs que les professionnels de santé. La santé s'est ouverte à la société. Le fait nouveau est donc qu'elle pose un problème majeur de pilotage politique, au sens étymologique du mot politique : de gestion de la Cité et d'arbitrage dans les choix à faire. »<sup>3</sup>

Le fonctionnement du Système de Santé Bucco-Dentaire Français présente plusieurs spécificités, quant à de ses processus. D'abord il met en jeu *le patient* (un homme, un citoyen) et sa pathologie comme support de processus. Puis il requiert des *professionnels de santé* et leurs équipes comme acteurs de la prise en charge du patient ; ces professionnels, opérateurs de base des processus de prise en charge, sont par leur statut également des acteurs de la stratégie de leurs organisations, organisations par ailleurs soumises à des directives institutionnelles.

On ne retrouve pas la structure hiérarchique classique *des organisations* du monde industriel.

L'arbre fonctionnel et la cartographie du système, complétée par les 28 propositions pointées vers les processus auxquels elles s'adressent, dessinent une image du développement souhaité et consensuel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français, abordé par le Management par la Valeur.

« Les politiques de qualité des soins (...) ont contribué à développer les pratiques des professionnels de santé selon 3 grands axes. »<sup>70</sup>

### La notion de valeur d'échange

« Le premier axe a été une recherche de quantification en termes de coûts de la qualité (ou plutôt du défaut de qualité dans les soins) ...avec notamment les études liées au déficit croissant de la Sécurité Sociale. Il a donc fallu définir des règles entre les professionnels de santé et les institutions de financement, afin que ces dernières aient un impact sur la maîtrise des coûts et qu'un droit de contrôle s'exerce sur l'évolution des coûts engendrés par les professionnels de santé. »

---

<sup>3</sup> TABUTEAU Didier InterviewLe Monde 11 juin 2006

<sup>70</sup> RIBEAU Nadège, GRANDHAYE Jean-Pierre Le développement de valeur dans les établissements hospitaliers : proposition à partir d'un bilan sur la dernière décennie

Les propositions de réformes suivantes suivent ce premier axe :

3. Détermination du juste coût (honoraires de référence) de la totalité des soins dentaires et conséquemment détermination de tarifs de références des soins prothétiques.
4. Détermination de nouveaux taux de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire.
6. Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur.
10. Création d'une Allocation Personnalisée Santé remplaçant la CMU-C, aide publique à acquérir une couverture complémentaire santé et instaurer un crédit d'impôts pour faciliter l'accès aux assurances complémentaires des autres assurés.
11. Régulation des contrats de complémentaire santé par des décisions prises sur le niveau des prestations objet du contrat pour l'année à venir pour réduire le reste à charge des ménages.

La problématique du Management par la Valeur est ainsi retrouvée avec la recherche de la quantification des coûts de la santé relativement à la notion de valeur d'échange.

#### La notion de valeur d'usage

« Le deuxième axe a été un souci croissant de normalisation (...). Ce souci de normalisation s'est caractérisé par le développement et la diffusion de standards médicaux auprès des professionnels de santé. (...) Ce souci de normalisation s'est également rapidement porté sur l'aspect organisationnel. »<sup>83</sup>

Les propositions de réformes suivantes suivent ce second axe :

1. Mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux pour sa partie dentaire
2. Détermination d'un « panier de soins essentiels » relevant de la prise en charge collective avec redéploiement de l'enveloppe financière globale actuelle
4. Détermination de nouveaux taux de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire
6. Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur
7. Pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire
8. Modification des structures conventionnelles par l'intégration de l'Assurance Complémentaire
9. Promotion d'une démarche commune Régimes obligatoires / Régimes Complémentaires en donnant à chacun des financeurs l'accès complet aux données issues de la liquidation des Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire

Ici se retrouve un des sujets traditionnels du Management par la Valeur avec la définition de critères de quantification et qualification relativement à la notion de valeur d'usage.

---

83 RIBEAU Nadège, GRANDHAYE Jean-Pierre Le développement de valeur dans les établissements hospitaliers : proposition à partir d'un bilan sur la dernière décennie

## La notion de valeur d'estime

« Le troisième axe est un souci d'évolution et d'intégration croissante de la qualité dans les soins »<sup>83</sup>. Les engagements du référentiel « Qualité de service en dentisterie » et les propositions de réformes suivantes suivent ce troisième axe :

1. Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine
  2. Garantir le respect des horaires de rendez-vous
  3. Etablir et tenir à jour un dossier médical complet dans le respect des principes de confidentialité
  4. Aider le patient à se fixer des objectifs de santé bucco-dentaire
  5. Après un examen global, conseiller et expliquer les traitements à envisager
  6. Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé, conformément à l'objectif
  7. Prendre en charge la douleur de manière systématique
  8. Informer du déroulement des soins réalisés et assister le patient pendant son traitement
  9. Recommander les techniques de maintenance
  10. Lutter contre les infections nosocomiales
  11. Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatible avec l'activité
  12. Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux
  13. Mettre à disposition un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances
  14. Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients
  15. Prendre en compte et répondre systématiquement aux suggestions des patients
- 5.** Contractualisation de la revalorisation tarifaire des soins dentaires par la mise en route d'audits et de certifications évolutives des structures délivrant les soins dentaires.
- 6.** Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur.
- 13.** Création de plates-formes de santé publiques et privées.
- 12.** Délégation de la gestion effective des risques et de la qualité des soins au payeur principal, l'Assurance Complémentaire.

Un autre des sujets traditionnels du Management par la Valeur est ici retrouvé avec la définition de critères de quantification relativement à la notion de valeur d'estime.

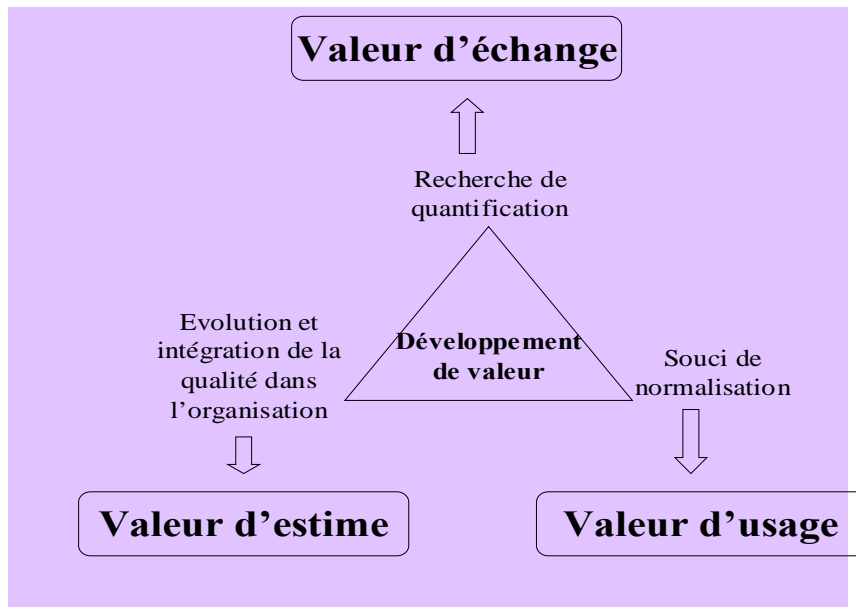


Figure 30 : Les 3 axes du développement de valeur

Le pilotage des 3 valeurs ne se réalise pas séquentiellement. La valeur d'échange peut être un point d'entrée. La valeur d'estime sera plus liée à des choix politiques. La valeur d'usage sera plus relative aux actions à mettre en place sur le terrain.

Le pilotage des 3 valeurs se fera simultanément en déterminant où sont les moteurs et les freins des actions au niveau politique, au niveau économique et au niveau de la mise en oeuvre sur le terrain.

Traduit en terme d'organisation, les actions à mener, pour passer du système actuel au système projeté hiérarchisées de façon opérationnelle, tactique et stratégique, et leur pilotage avec prise en compte des 3 valeurs, constituent un système de gouvernance du Système de Santé Bucco-Dentaire Français en vue d'atteindre des objectifs définis consensuellement, pour en organiser l'amélioration continue, ceci au service des acteurs directs et indirects de ce secteur.

La méthodologie du Management par la Valeur peut aborder chaque processus identifié, chaque action identifiée, chaque mission projetée, chaque objectif défini isolément plus particulièrement par la méthode de « Conception à objectif désigné » (COD)<sup>71</sup>

---

71 Norme X 50-156 Conception à Coût Objectif ou à Objectif Désigné AFNOR - 2004

**Le Management par la Valeur est réellement un outil de gouvernance pour  
le Système de Santé Bucco-Dentaire Français.**

## BIBLIOGRAPHIE

### AUTEURS

AZOGUY-LEVY Sylvie, ROCHEREAU Thierry *Comportement de recours aux soins et santé bucco-dentaire Exploitation de l'enquête Santé et Protection Sociale 2000* Bulletin d'information en économie de santé n° 94 mai 2005 : questions d'économie de la santé Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

BAGUE-FORST Agnès *Innovation et « Assurance Santé » : le rôle de l'assurance privée* Risques n°21 janvier-mars 1995

BURY Laurence *Les dépenses en dentisterie* Dentoscope n° 14 26 mars 2007

CHADELAT Jean François *Les enjeux du financement de la santé* Revue Française d'administration publique n° 113 2005 pg 71

CHEVALIER Jean *Considérations sur les méthodes pour conduire des projets de produits innovants* Revue La Valeur n° 94 pg 24-28

COLLET Marc, SICART Daniel *Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006* Etude et Résultats n°594 septembre 2007

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er594/er594.pdf>

DAVANT Jean-Pierre, BONCENNE Pierre *Notre santé n'est pas un commerce* 2000 Editions du Seuil pg 77-79

DAVANT Jean-Pierre, BONCENNE Pierre *Notre santé n'est pas un commerce* 2000 Editions du Seuil pg 89

GOYHENETCHE Michel, Pour ConsultingNewsLine <http://www.afav.eu/spip.php?article45>

GRANDHAYE Jean-Pierre *L'apport d'un Cahier des Charges Fonctionnel dans un secteur réglementé* La Valeur n° 100 <http://www.afav.eu/spip.php?article46>

HASSENTEUFEL Patrick, PALIER Bruno *Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'Assurance Maladie* Revue Française d'Administration Publique N° 113 2005 pg 14 in Le Gallès « Gouvernance » *Dictionnaire des politiques publiques* Paris Presses de Sciences Po ; 2004 Page 243

HESCOT Patrick *L'information dentaire* n°17 25 avril 2007 pg 915

KERVASDOUÉ Jean de *Revue Risques : les cahiers de l'assurance* n°21 1995

KERVASDOUÉ Jean de *L'assurance santé complémentaire : le piège et comment s'en sortir* Risques Les Chiers de l'Assurance N°21 Janvier-Mars 1995 pg 103

LEBLANC Robert *Quelques repères Peut-on réformer l'assurance santé ?* Risques n°58 Juin 2004 pg 19

LEBLANC Robert *Quelques repères Peut-on réformer l'assurance santé ?* Risques n°58 Juin 2004 pg 20

L'HERRON Roland *Éditorial Chirurgien-Dentiste de France* 8 février 2007 n°1290

L'HERRON Roland *Le temps des réformes* Chirurgien-Dentiste de France n°1346-1347 24 avril 2008 pg 21

MATALLAH Mathias *Les nouvelles frontières de l'Assurance Santé* Risques n°49 mars 2002 pg 31

MURINO Michel, AUZANNEAU Nadia Département Santé  
[http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/021204\\_dentiste](http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/021204_dentiste) 2 décembre 2004

REGEREAU Michel *La politique conventionnelle : ses ambitions et ses limites* Revue Française d'administration publique N° 113 2005 pg 75

RIBEAU Nadège, GRANDHAYE Jean-Pierre *Le développement de valeur dans les établissements hospitaliers : proposition à partir d'un bilan sur la dernière décennie*

RIGAL Elsa, MICHEAU Julie *Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative* Septembre 2007 Plein Sens Observatoire National des Professions de Santé pg 24

SABEK Marc *L'exercice libéral en crise* L'information dentaire n°17 25 avril 2007

TABUTEAU Didier Interview Le Monde 11 juin 2006

TRESMONTANT Raphaël *Séminaire triennal de l'Association Dentaire Française ADF* Infos n° 17 février 2005

YAHIEL Michel *Lignes directrices pour une réforme dentaire Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires juillet 2001.*

## **ARTICLES, LOIS, ORDONNANCES, NORMES ET RAPPORTS**

*Bulletin d'information en économie de la santé n°94-mai 2005*

Classification Commune des Actes Médicaux

[http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/index\\_presentation.php?p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/index_presentation.php?p_site=AMELI)

## **II**

*Comptes nationaux de la santé, DREES (données disponibles dans Eco-Santé France 2006, juillet 06, IRDES-DREES)*

Contrat responsable - Définition - Lexique mutuelle santé assurance complémentaire  
[http://www.allomutuelle.com/lexique\\_mutuelle.aspx?mot=17](http://www.allomutuelle.com/lexique_mutuelle.aspx?mot=17)

Décret n° 2006-652 du 2 juin 2006 relatif à la formation continue odontologique et modifiant la quatrième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR : SANP0620812D  
<http://admi.net/jo/20060603/SANP0620812D.html>

Enquête CTIP/CREDOC *L'opinion des salariés et des employeurs sur la complémentaire santé et les réformes de l'assurance maladie* 22 février 2008

*Complémentaires Santé, comment s'y retrouver ?* Dossier publié dans le Particulier décembre 2006 21, boulevard Montmartre 75076 Paris

Garbage Can Model  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Garbage\\_Can\\_Model](http://en.wikipedia.org/wiki/Garbage_Can_Model)

*INSEE première*, février 2002, n° 832  
*L'expérience bretonne* Le Chirurgien –Dentiste de France n° 1333/1334 du 24/01/08 pg 20-22

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 Loi relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés  
[http://www.lexinter.net/lois/loi\\_informatique\\_et\\_liberte.html](http://www.lexinter.net/lois/loi_informatique_et_liberte.html)

Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. NOR: SPSX8900080L  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075150&dateTexte=20080316>

LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière NOR: SPSX9000155L  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&dateTexte=>

LOI no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (rectificatif)  
NOR: MESX9900011Z  
[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2081CB79521AB714E7B20D9F5ACADF10.tpdjo17v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000213368&dateTexte=](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2081CB79521AB714E7B20D9F5ACADF10.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000213368&dateTexte=)

LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé NOR : MESX0100092L  
<http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=>

*Les sociétés d'assurances et la santé* Revue Assurer n°23 10 mars 2004

### III

Nomenclature Générale des Actes Professionnels  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP\\_mars2008.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP_mars2008.pdf)

Normalisation Française L'analyse Fonctionnelle outil interdisciplinaire de compétitivité FD X 50-101 Décembre 1995 ©AFNOR

Normalisation Française *Analyse de la Valeur - Recommandations pour sa mise en œuvre* X 50-153 Mai 1985 ©AFNOR

Norme X 50-156 Conception à Coût Objectif ou à Objectif Désigné AFNOR – 2004

Norme Européenne *Management par la Valeur* Projet pr EN 12973 Septembre 1997 CEN  
Comité Européen de Normalisation

Norme Européenne Norme Française *Vocabulaire du Management de la Valeur, de l'Analyse de la Valeur et de l'Analyse Fonctionnelle* NF EN 1325-1 Novembre 1996 ©AFNOR

Norme Française *Analyse de la Valeur Analyse Fonctionnelle Expression Fonctionnelle du Besoin et Cahier des Charges Fonctionnel* NF X 50-151 Décembre 1991 ©AFNOR

Norme Française *Analyse de la Valeur Caractéristiques fondamentales* NF X 50-152 Août 1990 ©AFNOR

Norme Française *Analyse Fonctionnelle Caractéristiques fondamentales* NF X 50-100  
Décembre 1996 ©AFNOR

Norme Française *Management par la valeur - Expression Fonctionnelle du Besoin et cahier des charges fonctionnel - Exigences pour l'expression et la validation du besoin à satisfaire dans le processus d'acquisition ou d'obtention d'un produit* NF X 50-151 Septembre 2007 ©AFNOR

Norme Française *Management par la valeur – Caractéristiques fondamentales de l'analyse de la valeur* Septembre NF X 50-152 Septembre 2007 ©AFNOR

Ordonnance no 2001-350 du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité et transposant les directives 92/49/CEE et 92/96/CEE du Conseil des 18 juin et 10 novembre 1992 NOR :  
MESX0100030R  
<http://admi.net/jo/20010422/MESX0100030R.html>

Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé et présenté par Yves Bur Député  
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0697.asp>

Référentiel AFAQ Service Confiance- UFSBD « Qualité de service en dentisterie » Réf. 159-1

#### IV

## **SITES INTERNET**

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalit%C3%A9\\_limit%C3%A9e](http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalit%C3%A9_limit%C3%A9e)

[http://organisation.canalblog.com/archives/rationalite\\_limitee/index.html](http://organisation.canalblog.com/archives/rationalite_limitee/index.html)

<http://www.afaq.org/web/afaqinstitut.nsf/volfr/actkio1011>

<http://www.afav.eu/>

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cp30092005.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp30092005.pdf)

[http://www.eurogroup.fr/pdf/fr/aps\\_cr130303.pdf](http://www.eurogroup.fr/pdf/fr/aps_cr130303.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_412224](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_412224)

<http://www.ismq.bordeaux-bs.edu/>

<http://www.lesechos.fr/patrimoine/famille/200058880.htm>

[www.localattac.org](http://www.localattac.org)

[http://www.medcost.fr/html/internet\\_medical\\_si/si\\_231100a.htm](http://www.medcost.fr/html/internet_medical_si/si_231100a.htm)

<http://www.santeclair.fr/web/home.html>

<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/babusiaux/chap1.pdf>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

<b>Figure 1 Composition en valeur (€ courants par personne) des différents postes de la Consommation Médicale Totale nomenclaturée par l'Assurance Maladie en 2005 .....</b>	<b>19</b>
<b>Figure 2: Composition en pourcentage des différents postes de la Consommation Médicale Totale .....</b>	<b>20</b>
<b>Figure 3 : Les dépenses en dentisterie .....</b>	<b>20</b>
<b>Figure 4 : Couverture mutuelle des Français .....</b>	<b>21</b>
<b>Figure 5 : Prise en charge des soins dentaires selon les financeurs .....</b>	<b>21</b>
<b>Figure 6 : Répartition des motifs de déclaration de renoncement aux soins .....</b>	<b>32</b>
<b>Figure 7 : Représentation (pieuvre) des milieux extérieurs du Système de Santé Bucco-Dentaire Français .....</b>	<b>49</b>
<b>Figure 8 : Arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français.....</b>	<b>51</b>
<b>Figure 9 : Cartographie des processus du Système de Santé Bucco-Dentaire Français .....</b>	<b>52</b>
<b>Figure 10 : Abaque de Régnier appliquée au référentiel AFAQ Sevice Confiance.....</b>	<b>55</b>
<b>Figure 11 : Image brute de l'Abaque de Régnier appliquée au au référentiel AFAQ Sevice Confiance.....</b>	<b>56</b>
<b>Figure 12 : Image diagonalisée sur les items de l'Abaque de Régnier appliquée au au référentiel AFAQ Sevice Confiance « Qualité de service en Dentisterie » .....</b>	<b>57</b>
<b>Figure 13 : Cartographie du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité complétée par les engagements référentiel « Qualité de service en dentisterie » .....</b>	<b>60</b>
<b>Figure 14 : Abaque de Régnier appliquée appliquée aux propositions liées à l'approche économique du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité .....</b>	<b>63</b>
<b>Figure 15 : Image brute de l'Abaque de Régnier appliquée aux propositions liées à l'approche économique du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité.....</b>	<b>64</b>
<b>Figure 16 : Image diagonalisée sur les propositions liées à l'approche économique du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité.....</b>	<b>65</b>
<b>Figure 17 : Cartographie du Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité complétée par les engagements référentiel « Qualité de service en dentisterie » et les propositions liées à l'approche économique.....</b>	<b>67</b>
<b>Figure 18 : Les acteurs du projet.....</b>	<b>68</b>
<b>Figure 19 : Classification opérationnelle, stratégique et opérationnelle des actions à mener .....</b>	<b>69</b>
<b>Figure 20 : Cartographie des actions opérationnelles à mener pour arriver au système souhaité dans l'arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français .....</b>	<b>70</b>
<b>Figure 21 : les actions opérationnelles sont en rapport avec la fonction 5 .....</b>	<b>71</b>
<b>Figure 22 : Tableau des missions opérationnelles à mener pour arriver au système souhaité .....</b>	<b>72</b>
<b>Figure 23 : Cartographie des actions tactiques à mener pour arriver au système souhaité dans l'arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français .....</b>	<b>73</b>
<b>Figure 24 : Les actions tactiques sont en rapport avec les fonctions 5 et 12 .....</b>	<b>74</b>
<b>Figure 25 : Tableau des missions tactiques à mener pour arriver au Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité.....</b>	<b>75</b>
<b>Figure 26 : Cartographie des actions stratégiques à mener pour arriver au système souhaité dans l'arbre fonctionnel du Système de Santé Bucco-Dentaire Français .....</b>	<b>76</b>
<b>Figure 27 : Actions stratégiques à mener en rapport avec les fonctions 2 et 12 .....</b>	<b>77</b>
<b>Figure 28 : Actions stratégiques à mener en rapport avec ls fonctions 1, 7 et 8 .....</b>	<b>77</b>
<b>Figure 29 : Tableau des missions stratégiques à mener pour arriver au Système de Santé Bucco-Dentaire Français souhaité .....</b>	<b>78</b>
<b>Figure 30 : Les 3 axes du développement de valeur .....</b>	<b>82</b>

## GLOSSAIRE

### **L'analyse fonctionnelle :**

C'est une démarche qui décrit complètement les fonctions et leurs relations, qui sont systématiquement caractérisées, classées et évaluées.

La structure fonctionnelle fait partie du résultat de l'Analyse Fonctionnelle.

### **Fonction :**

Action d'un produit ou de l'un de ses constituants

### **Fonction de Service :**

Action demandée à un produit ou réalisée par lui, afin de satisfaire une partie du besoin d'un utilisateur donné.

Les utilisateurs ne sont concernés que par les Fonctions de Service.

Les Fonctions de Service sont soit des *Fonctions d'Usage*, soit des *Fonctions d'Estime*.

### **Fonction Technique :**

Action d'un constituant ou action intervenant entre les constituants du *produit* afin d'assurer les Fonctions de Service.

Les Fonctions Techniques d'un produit ou système complet peuvent être les *fonctions de service* d'un élément constituant entrant dans la composition de ce produit.

Les Fonctions Techniques peuvent dépendre de la technologie disponible.

### **Produit :**

Résultat d'activités ou de processus

Le terme produit peut inclure les services, les matériels, les produits issus de processus ou leur combinaison.

### **Contrainte :**

Caractéristique, effet ou disposition de conception qui est rendu obligatoire ou a été interdit pour quelque raison que ce soit. Aucune autre possibilité n'est laissée. Par exemple, les contraintes peuvent résulter des lois, des normes, de la demande du marché, de la disponibilité en investissements et ressources, de la politique de l'organisme

### **L'Analyse de la Valeur** <sup>72 73 74 75</sup>

### **Besoin :**

La notion de besoin permet de préciser les véritables services à rendre et de poser le problème à son plus haut niveau utile d'étude ou de remise en cause.

---

72 Norme Européenne Norme Française Vocabulaire du Management de la Valeur, de l'Analyse de la Valeur et de l'Analyse Fonctionnelle NF EN 1325-1 Novembre 1996 ©AFNOR

73 Norme Française Analyse de la Valeur Analyse Fonctionnelle Expression Fonctionnelle du Besoin et Cahier des Charges Fonctionnel NF X 50-151 Décembre 1991 et Management par la valeur - Expression Fonctionnelle du Besoin et cahier des charges fonctionnel - Exigences pour l'expression et la validation du besoin à satisfaire dans le processus d'acquisition ou d'obtention d'un produit NF X 50-151 Septembre 2007 ©AFNOR

74 Norme Française Analyse de la Valeur Caractéristiques fondamentales NF X 50-152 Août 1990 et Management par la valeur - Caractéristiques fondamentales de l'analyse de la valeur Septembre 2007 ©AFNOR

75 Normalisation Française Analyse de la Valeur Recommandations pour sa mise en œuvre X 50-153 Mai 1985 ©AFNOR

**Fonction :**

La notion de fonction permet de définir chacun des services attendus en terme de finalités et non de solutions.

**Valeur :**

La notion de valeur exprime le « jugement porté sur le produit sur la base des attentes et des motivations de l'utilisateur, exprimé par une grandeur qui croît lorsque, toute chose égale par ailleurs, la satisfaction du besoin de l'utilisateur augmente.

**Critère d'Appréciation :**

Caractéristique utilisée pour évaluer la performance d'un sujet Analyse de la Valeur ou celle qu'il réalise.

Les critères d'appréciation peuvent être spécifiés pour une ou plusieurs *fonctions* ou pour l'ensemble du *produit*.

Plusieurs Critères d'Appréciation sont généralement nécessaires pour spécifier une fonction de façon précise.

**Niveau d'un Critère d'Appréciation :**

Position sur l'échelle de mesure d'un *Critère d'Appréciation d'une Fonction*.

Ce niveau peut-être celui qui est visé, par exemple, en tant qu'objectif fixé dans le *Cahier des Charges Fonctionnel*, ou bien celui qui est atteint par une proposition de solution technique et qui est utilisé pour formuler un jugement sur la solution.

**Flexibilité d'un niveau :**

Exemple d'indications quant à la possibilité d'adapter le *Niveau* visé pour un *Critère d'appréciation*.

Cette Flexibilité peut s'exprimer :

- de façon qualitative (« classe de flexibilité ») ;
- de façon quantitative (en particulier en termes de rapport avantages-coût).

**Cahier des charges Fonctionnel <sup>76</sup>**

Document par lequel le demandeur exprime ses besoins (ou ceux qu'il a la charge d'exprimer) en termes de fonctions de service et de contraintes. Pour chacune d'elles, sont définis des critères d'appréciation ainsi que leur niveau, chacun d'entre eux étant assorti d'un certain degré de flexibilité.

**Contrat solidaire <sup>85</sup>**

Un contrat solidaire est un contrat pour lequel aucun questionnaire de santé n'est demandé à l'assuré et pour lequel la prime ou la cotisation n'est pas fixée en fonction de son état de santé.

**Contrat responsable <sup>86</sup> -**

Nouveau type de contrat d'assurance complémentaire santé instauré pour accompagner le dispositif du médecin traitant. Pour être reconnus, ces contrats doivent respecter un certain nombre de conditions et en particulier ne pas prendre en charge certains dépassements d'honoraires lorsque le patient est hors parcours de soins. La prise en charge de la

---

76 Norme Européenne Norme Française Vocabulaire du Management de la Valeur, de l'Analyse de la Valeur et de l'Analyse Fonctionnelle NF EN 1325-1 Novembre 1996  
©AFNOR

85 <http://www.senat.fr/seances/s200211/s20021127/sc20021127021.html>

86 Définition - Lexique mutuelle santé assurance complémentaire [http://www.allomutuelle.com/lexique\\_mutuelle.aspx?mot=17](http://www.allomutuelle.com/lexique_mutuelle.aspx?mot=17)

participation forfaitaire de 1€ et des franchises médicales est également exclue. Les contrats responsables se traduisent également par des améliorations pour les adhérents des mutuelles et garantissent un niveau minimum de remboursement complémentaire sur les consultations, médicaments et les analyses médicales.

## ANNEXES

### Commentaires des participants du groupe de travail sur les propositions de réforme économique

#### Une tendance favorable se dégage sur les propositions de réforme 2, 6, 1 et 5.

Sur la proposition de réforme 2 : Détermination d'un « panier de soins essentiels » relevant de la prise en charge collective avec redéploiement de l'enveloppe financière globale actuelle.



Le consensus est total entre les participants : vert (50%), vert clair (50%)

Sur la proposition de réforme 6 : Renforcement de la prévention en incitant les assurés à participer aux actions de prévention par une diminution du ticket modérateur.



Le consensus est total entre les participants : vert (37,5%), vert clair (62,5%)

Sur la proposition de réforme 1 : Mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux pour sa partie dentaire.



Il y a une tendance très nette au consensus favorable : vert (62,5%), vert clair (25%). Il n'y a pas de discontinuité. Par contre cette proposition n'est pas parfaitement colorée, il y a un « je ne sais pas » gris (12,5%) émis par LE, actuaire de l'Assurance Complémentaire

Sur la proposition de réforme 5 : Contractualisation de la revalorisation tarifaire des soins dentaires par la mise en route d'audits et de certifications évolutives des structures délivrant les soins dentaires.



Il y a une tendance nette au consensus favorable : vert (37,5%), vert clair (50%). Il n'y a pas de discontinuité. Par contre cette proposition n'est pas parfaitement colorée, il y a un « je ne sais pas » gris (12,5%) : Pour CIM, chirurgien-dentiste conseil chef de l'Assurance Maladie Obligatoire, la contractualisation est prévue par le conventionnement actuel ; il est impossible d'associer une contractualisation à l'application des données de la science ; de plus se pose le problème de la méthode d'organisation des audits et certifications.

La restitution des résultats a été faite lors de la 4<sup>ème</sup> réunion en présence d'un participant expert supplémentaire, Serge DESCHAUX chirurgien-dentiste expert AFNOR Conseiller Technique de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires pour qui cette proposition est une « révolution ».



Complémentaire exprime cette même réalité : « les conditions et obligations de mise en œuvre » des contrats ne sont pas clairement définies par les instances de régulations. DF Directrice de CPAM n'y est pas favorable, et préfère envisager des mécanismes incitatifs de prévention.

Sur la proposition de réforme 7 : Pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire.



Cette proposition entraîne 25% de désaccord. Pour VP assistante dentaire (jaune : mitigée), la pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire demande réforme de structure profonde.

LE, actuaire de l'Assurance Complémentaire Santé, est le seul en désaccord (orange) avec cette proposition.. La pérennisation de l'Assurance Maladie Obligatoire n'est pas un objectif en soit : pour preuve les vagues successives de déremboursements de certaines classes de médicaments. La place laissée libre permet aux Assurances Complémentaires Santé de faire preuve d'imagination et constitue un facteur différenciant. L'arrivée des « Contrats Solidaires »<sup>77</sup> en 2002 et des « Contrats Responsables »<sup>78</sup> en 2006 permet d'éviter les abus liés à une « privatisation » de la Santé en France, en encadrant le panier des soins pris en charge.

Sur la proposition de réforme 4 : Détermination de nouveaux taux de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie Obligatoire.



La majorité des participants est favorable : vert (25%), vert clair (50%). Le désaccord apparaît : orange (25%) avec les représentants de l'Assurance Maladie Obligatoire. Pour CIM, chirurgien-dentiste conseil chef, la détermination de nouveaux taux de prise en charge (le plus souvent à la baisse) est une solution partielle de facilité qui escamote la vraie réflexion d'ensemble.

Sur la proposition de réforme 10 : Création d'une Allocation Personnalisée Santé remplaçant la Complémentaire Maladie Universelle - Complémentaire, aide publique à acquérir une couverture complémentaire santé et instaurer un crédit d'impôts pour faciliter l'accès aux assurances complémentaires des autres assurés.



Alors que la majorité des participants avance son accord : vert clair (87,5%) Pour CIM, chirurgien-dentiste conseil chef, le désaccord (rouge : 12,5%) est total pour cette proposition de réforme : « La CMU-C destinée aux patients en grande précarité ne peut plus être supprimée. Elle devrait être améliorée et complétée au niveau de l'effet de seuil. »

Lors de la restitution des résultats l'opposition à cette proposition a été argumentée avec la difficulté à élaborer la loi, les risques associés à la renégociation, et le déploiement partiel des

<sup>77</sup> Contrat solidaire

<http://www.senat.fr/seances/s200211/s20021127/sc20021127021.html>

<sup>78</sup> Contrat responsable - Définition - Lexique mutuelle santé assurance complémentaire

[http://www.allomutuelle.com/lexique\\_mutuelle.aspx?mot=17](http://www.allomutuelle.com/lexique_mutuelle.aspx?mot=17)

## XII



3 acteurs sont en total désaccord avec cette proposition. Pour LE, pas du tout d'accord (rouge), actuaire de l'Assurance Complémentaire, « il est important de distinguer les responsabilités du payeur (l'Assurance Complémentaire) de celles des prestataires de soins dentaires. Les Assurances Complémentaires ne peuvent être garantes de la qualité des soins délivrés par les professionnels, celle-ci doit être encadrée par des règles édictées par l'Etat. Pour CIM, chirurgien-dentiste conseil chef totalement opposé (rouge : 12,5%), l'Assurance Complémentaire ne doit pas gérer seule le « risque dentaire » et ne peut s'occuper pleinement de « la qualité des soins ».

